Nr. 43 22. października 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prof. Dr- TEOFIL ZALEWSKI. Lwów.

Schorzenia narządu słuchowego w przebiegu duru osutkowego

Nie mamy prawie żadnych badań nad zmianami w narządzie słuchowym w przebiegu duru osutkowego. W piśmiennictwie spotykamy nieliczne wzmianki, oparte na bardzo nieznacznej ilości przypadków. Dlatego wyciąganie jakichś ogólnych wniosków, co do częstości zmian chorobowych i jakości tychże w przebiegu duru osutkowego, jest na podstawie dotychczasowego materjału niemożliwe. Szczupłość badań nad stosunkiem narządu słuchowego do duru osutkowego nie zadziwi nas, jeżeli uwzględnimy, że do niedawna o samej chorobie mieliśmy niedostateczne pojęcie, że dopiero podczas wojny mieliśmy sposobność przeprowadzić nowoczesne badania nad tą chorobą.

Systematycznych badań na znaczniejszej liczbie chorych na dur osutkowy, co do zmian w narządzie słuchowym, nie posiadamy, przeprowadzenie zresztą podobnych badań natrafia ze względów technicznych na duże trudności, a tylko takie badania dałyby nam możność stwierdzić częstość zmian chorobowych w narządzie słuchowym. W braku podobnych badań musimy zadowolić się badaniami w skromniejszym zakresie.

W czasie epidemji duru osutkowego w zimie 1919/20 roku spostrzegałem na oddziele oto-laryngologicznym w wojskowym szpitalu okręgowym we Lwowie 51 chorych, którzy okazywali zmiany w narządzie słuchowym, powstałe w przebiegu samej choroby lub też w okresie ozdrowienia. Z powodu tego, że o każdym przypadku, w którym chory sam skarżył się na dolegliwości ze strony narządu słuchowego, lub w którym zauważono objawy ze strony narządu słuchowego, byłem zawiadamiany, albo chory — o ile to było możliwe — wprost był na oddział przenoszony, można przyjąć, że chyba bardzo nieliczne przypadki uszły mej uwagi.

Ogólna ilość przypadków duru osutkowego podczas epidemji 1919/20 roku, spostrzeganych w wojskowym szpitalu epidemicznym we Lwowie, wynosiła około 5000. Z tego wypada, że powikłania ze strony narządu słuchowego w przebiegu tej choroby wynoszą 1%.

Co do zmian, jakie w narządzie słuchowym spostrzegano, J ü r g e n s mówi o częstych zmianach w uchu środkowem, natomiast G r ü n w a l d i L e h m a n n [1]) spostrzegali zmiany przedewszystkiem w uchu wewnętrznem; L e h m a n n nie spostrzegał ani jednego przypadku zapalenia ucha środkowego. Materjał jego jednak jest bardzo mały, badał on bowiem wogóle tylko 28 przypadków, z tego stwierdził w 8 przypadkach zmiany w narządzie słuchowym.

Materjał, zebrany przezemnie, wskazuje, że w przebiegu duru osutkowego występują zmiany przedewszystkiem ze strony ucha środkowego, zmiany zaś w innych częściach narządu słuchowego powstają tylko w znikomej ilości przypadków. Na 51 przypadków 43 okazywało ostre ropne zapalenie ucha środkowego, a tylko w 8 zmiany dotyczyły innych części narządu słuchowego.

Z 43 przypadków ze zmianami w uchu środkowem w jednym przypadku miało miejsce zaostrzenie sprawy przewlekłej ropnej, 42 zaś przypadki okazywały typowe ostre ropne zapalenie, przytem w 6 przypadkach ropienie było obustronne; w przypadkach z jednostronnem zajęciem połowa przypadków dotyczyła strony prawej i w takiej samej ilości przypadków zajęte było ucho lewe.

Zapalenie ucha środkowego częściej powstaje po spadku ciepłoty w okresie ozdrowienia: na 43 przypadki w 27 zapalenie ucha środkowego powstało właśnie w tym okresie, w 12 przypadkach — w drugiej połowie choroby, a tylko w 4 przypadkach początek zmian w uchu środkowem należy odnieść do pierwszej połowy choroby, przyczem w jednym przypadku zapalenie ucha środkowego powstało prawie jednocześnie z pojawieniem się pierwszych objawów durowych. Powstanie powikłań ze strony ucha środkowego w późniejszym okresie duru osutkowego, względnie w okresie ozdrowienia, wskazuje na to, że ogólne wycieńczenie organizmu i upadek ogólny sił ma duże znaczenie w powstawaniu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego; z drugiej strony trudność przeprowadzenia należytej pielęgnacji jamy ustnej, jamy gardła i nosa u ciężej chorych przyczynia się niewątpliwie do łatwiejszego zakażenia ucha środkowego.

Tylko w jednym przypadku nie było przedziurawienia błony bębenkowej, we wszystkich innych błona bębenkowa była zawsze przedziurawiona. Umiejscowienie przedziurawienia nie przedstawia nic charakterystycznego; przedziurawienie prawie zawsze umiejscowione jest w dolnej części błony bębenkowej a tylko wyjątkowo w górnej części; w jednym przypadku była przedziurawiona część wiotka błony bębenkowej. Obraz wziernikowy, jakoteż ilość i jakość wydzieliny, nie przedstawia również nic charakterystycznego. Natomiast uderza niezwykle duża ilość przypadków z powikłaniem ze strony wyrostka sutkowego. Na 43 przypadki ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego w 16 wykonano wydłótowanie wyrostka sutkowego z powodu ropienia i próchnienia, prócz tego w 6 przypadkach stwierdzono lżejsze objawy zapalne ze strony wyrostka. W przeważającej ilości przypadków stwierdzono przy operacji w wyrostku sutkowym bardzo znaczne zmiany w kości, sięgające często do zatoki poprzecznej i opony twardej. Te znaczne zmiany w wyrostku sutkowym mają — przynajmniej do pewnego stopnia — przyczynę w wycieńczeniu i osłabieniu organizmu.

Przebieg leczenia, tak przypadków nieoperowanych, jak również operowanych, nie przedstawiał żadnych charakterystycznych cech. Należałoby się spodziewać wobec znacznego upadku sił i wycieńczenia chorych, że proces gojenia będzie rozwijał się powoli, tymczasem okazało się, że proces gojenia, tak u jednych, jak u drugich, przebiegał zupełnie prawidłowo, a w wielu przypadkach uderzała wprost szybkość gojenia w miarę, jak chorzy odzyskiwali siły.

Na postawie przebiegu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego można powiedzieć, że w przebiegu duru osutkowego mamy do czynienia nietyle z jadowitością samego zakażenia ucha środkowego, ile ze znacznem obniżeniem odporności organizmu na zakażenie, z tego powodu zakażenie ucha środkowego wywołuje łatwo dość znaczne zmiany i powoduje duże zniszczenie w kości, organizm jednak daje sobie łatwo radę z tem zakażeniem przy odpowiedniem leczeniu i zyskiwaniu sił przez chorego. Dlatego też prócz leczenia miejscowego należy zwrócić należytą uwagę na ogólne podniesienie sił chorego. Zmiany w uchu środkowem nie są wyrazem swoistego zakażenia ucha środkowego jadem durowym.

Z przypadków ze zmianami w uchu środkowem zmarł jeden z obustronnem cierpieniem, u którego po jednej stronie wykonano wydłótowanie wyrostka. Sekcja wykazała, jako przyczynę śmierci, zapalenie opłucnej i zapalenie otrzewnej.

Z innych powikłań w jednym przypadku stwierdzono zapalenie zewnętrznego przewodu słuchowego, w jednym zaś ropień ślinianki przyusznej przebił do zewnętrznego przewodu słuchowego; przypadek ten skończył się wyleczeniem bez otwierania ropnia z zewnątrz.

W 6 przypadkach stwierdzono zmiany w uchu wewnętrznem. W dwóch przypadkach ucho wewnętrzne i przed

[1]) Archiv f. Ohrenh. T. 103. s. 99.

chorobą nie było zupełnie prawidłowe: chorzy już dawniej okazywali upośledzenie słuchu obustronne z powodu ogłuszenia na froncie; w przebiegu duru osutkowego dolegliwości — upośledzenie słuchu i szum — znacznie się wzmogły, szczególnie po tej stronie, po której i przedtem dolegliwości były większe. W przypadkach tych dolegliwości nie okazywały dążności do zmniejszania się. Z czterech innych przypadków dwa okazywały lekkie zmiany w uchu wewnętrznem po obu stronach; upośledzenie słuchu było nieznacznego stopnia i okazywało stałą powolną poprawę. W dwóch przypadkach musimy przyjąć w uchu wewnętrznem zmiany znacznego stopnia. W jednym przypadku, który był badany w trzy miesiące po przebyciu duru osutkowego, słuch okazywał znaczne jednostronne upośledzenie, przyczem upośledzenie to nie okazywało dążności do poprawy. Zaburzenia równowagi, jakie w tym przypadku istniały, nie były pochodzenia usznego. Drugi przypadek okazywał bardzo znaczne zmiany w uchu wewnętrznem, i to w części ślimakowej i w części przedsionkowej. Badanie, przeprowadzone w miesiąc po przebytym durze, wykazało zupełną głuchotę po jednej stronie i zupełną niepobudliwość cieplikową narządu przedsionkowego, stwierdzono przytem zaburzenia równowagi przy chodzeniu, a chory skarżył się na zawrót głowy. Wedle podania chorego dolegliwości ze strony narządu słuchowego pozostają bez zmiany.

Co do czasu powstania zmian w uchu wewnętrznem, zmiany te we wszystkich przypadkach powstały w przebiegu samej choroby, ani w jednym przypadku nie powstały w okresie ozdrowienia. W dwóch ostatnich przypadkach, w których zmiany — wprawdzie jednostronne — były szczególnie silne, i przebieg duru był ciężki, zmiany w narządzie słuchowym powstały w czasie, kiedy chorzy byli nieprzytomni. Okoliczność, że zmiany w uchu wewnętrznem powstają w przebiegu samej choroby i że wielkość zmian odpowiadałaby ciężkości duru, świadczyłaby, że zmiany w uchu wewnętrznem mogą być wywołane przez sam jad duru osutkowego.

Na podstawie moich przypadków należy przyjąć:

1. Powikłania ze strony narządu słuchowego w przebiegu duru osutkowego występują mniej więcej w 1% przypadków.

2. W 84% przypadków zmiany dotyczą ucha środkowego i występują w postaci ostrego ropnego zapalenia lub w postaci zaostrzeń przewlekłego ropienia.

3. Przebieg ropienia ucha środkowego w przebiegu duru osutkowego tem się różni od innych ropnych zapaleń ucha środkowego, że w znacznej ilości przypadków występują bardzo rozległe zmiany w wyrostku sutkowym, które w 37% przypadków wymagają operacji.

4. Zmiany w uchu środkowem nie są wyrazem swoistego zakażenia jadem durowym, a do powstania ich przyczynia się w znacznej mierze zmniejszona odporność na zakażenie ropne.

5. Zmiany w uchu wewnętrznem występują znacznie rzadziej, gdyż zaledwie w 12% przypadków; zmiany najprawdopodobniej powstają przez zadziałanie samego jadu durowego na ucho wewnętrzne.

Dr. MARCIN ZIELIŃSKI. Kraków.

Udział układu wegetatywnego w obrazie klinicznym kauzalgji postrzałowej.

[Z kliniki neurologiczno-psychjatrycznej U. J. (Dyrektor Prof. Dr. Jan Piltz) i z klinicznego oddziału wojskowego chorób nerwowych Szpitala Okręgowego w Krakowie. (Dowódzca: pułkownik lekarz Dr. Krysakowski, lekarz naczelny oddziału: major lekarz Dr. Marcin Zieliński)].

Faktem występowania nadzwyczaj silnych bólów po postrzałach niektórych nerwów zainteresował się już w czasie wojny amerykańsko-angielskiej H. Mitchell i opisał go nazwą »causalgie«, przyjętą później przez autorów francuskich.

W niemieckiem piśmiennictwie pierwszy Oppenheim spostrzeżenia tego rodzaju z czasu ostatniej wojny 1914 i 1915. Oppenheim[1]) podkreśla, jako rys swoich przypadków, że powstawanie bólów jest wprawdzie związane z podrażnieniem miejscowem zranionego nerwu czuciowego, nie mniej jednak sprawa nie ogranicza się do schorzenia miejscowego. Świadczą o tem fakty takie, że bodźce, działające na kończynę przeciwległą uszkodzonej, lub jakiś daleki punkt obwodu ciała wywołują takie same napady bólu w zranionym nerwie, że dalej obok miejscowych zjawiają się odległe zmiany naczynio-ruchowe, n. p. zaczerwienienie twarzy i obu rąk przy kauzalgji nerwu kulszowego. Dalsze spostrzeżenia podobnych przypadków Weiganda, Manna, Förstera podtrzymywały ten punkt widzenia. Zwłaszcza Mann[2]) i Förster[3]) akcentowali tę niesłychanie żywą reakcję bólową w odpowiedzi na dotknięcie lub oziębienie dowolnego punktu ciała a przedewszystkiem kończyn, równie dobrze zjawiającą się w chwili nagłego wzruszenia. »Każdy normalny dośrodkowy bodziec promieniuje na obszar uszkodzonego nerwu« mówi Förster.

Niezależnie od tych autorów wystąpił w roku 1916 Fuchs z pojęciem t. zw. alloparalgji.[4]) Istotę tego zjawiska upatrywał on w spostrzeganym przez siebie fakcie przenoszenia się bolesnych paraestezji z kończyny uszkodzonej na przeciwległą zdrową, czemu chorzy starali się zapobiegać przez ciągłe okłady. Celem wyjaśnienia tego przerzucania się podniet za pośrednictwem rdzenia na homologiczny odcinek drugiej strony powołał się na doświadczenia Dusser'a de Batenne. Spostrzeżenia Fuchsa nie były jednak zupełne i przekonywujące. Wywołały one energiczny protest ze strony Oppenheima, który podkreślił[5]), jako cechę znamienną, że »urazowe uszkodzenie nerwu czuciowego nie ogranicza się do miejsca zranienia, lecz pociąga za sobą na drodze odruchowej skutki w innych odległych okolicach« a nie tylko w przeciwległej kończynie. Borowiecki[6]) w r. 1916 zwraca uwagę na towarzyszące kauzalgji zaburzenia czucia, zmiany troficzne i naczynio-ruchowe, a zwłaszcza na często spotykany zespół objawów erytromelalgiczny (hyperaemia i bolesność w zakresie uszkodzonego nerwu, występujące napadowo), co winno, jego zdaniem, rzucić światło na pochodzenie erytromelalgji spontanicznej, opisanej przez Cassirera.

We Francji opisali przypadki uszkodzeń nerwowych powikłanych silnemi bólami P. Marie, Souques, Meige, Athanassio-Benisty; wszyscy podkreślają spotęgowaną wrażliwość zranionego nerwu na wszelkie podniety, działające w jakimkolwiek punkcie ciała, a także na przeżycia wzruszeniowe; dążność do chronienia się przed bólami za pomocą wilgotnych okładów przeradza się często w »hygromanię«. Do zagadnienia alloparalgji powrócił Straussler[7]) na podstawie spostrzeganego w r. 1917 przez dłuższy czas postrzału lewego ramienia z nadzwyczaj silnemi bólami w dwóch ostatnich palcach lewej ręki; bóle te potęgowały się nie do zniesienia pod wpływem podniet działających na kończynę przeciwległą zdrową, którą chory chronił, podobnie jak zranioną, wilgotnemi okładami. Tę samą reakcję bólową wyładowywały dotknięcia jakiegokolwiek punktu ciała a przedewszystkiem wzruszenia związane z obawą urażenia przez kogoś. Natomiast mokre okłady i ciepłe kąpiele wpływały kojąco. W zakresie czuciowym nerwu łokciowego stwierdzono na grzbiecie ręki upośledzenie czucia, na dłoni przeczulicę bólową i dotykową. W ciągu pół roku objawy kauzalgiczne osłabły a szeroka dawniej strefa podrażnienia, którą stanowił obwód ciała, ograniczyła się teraz do najbardziej obwodowych i wystających jego części (ręce, stopy, nos, broda). Punkty ciała, których pobudzenie nie dawało dawnego efektu, można było jeszcze uczulić w tym kierunku za pomocą oziębienia eterem.

Opisane spostrzeżenia i doświadczenia pozwoliły Strausslerowi podać w wątpliwość zjawisko alloparalgji i próbę jego wyjaśnienia podjętą przez Fuchsa. Przemawiała mu natomiast do przekonania teorja Oppenheima, który przyjął za punkt wyjścia nadwrażliwość dotyczącego ośrodka kory, wywołaną powtarzaniem się potężnego bodźca czuciowego. W tem uczuleniu ośrodka korowego tkwić miała przyczyna, że każda podnieta czy wzruszenie znajdowały swój oddźwięk w niezwykłym bólu zranionego nerwu.

Spostrzegane i przedstawiane w roku 1920 w Krak.

Towarzystwie lek. i w Towarzystwie neurologicznem obrazy kliniczne kauzalgji pozwalają mi bliżej wglądnąć w ten ciekawy zespół objawów, który już dla Oppenheima miał być pobudką i podnietą do przeciwstawienia się zwartej opinji neurologów niemieckich w kwestji ujmowania istoty nerwic urazowych.

Podpor. K., 27-letni; alkoholizm u rodziców matki. Ranny po raz pierwszy w r. 1919 w prawe udo; drugą ranę w prawe ramię otrzymał we wrześniu 1920; w następstwie tego powstał silny ból w prawej dłoni od chwili zranienia, wzmagający się napadowo nie do zniesienia. W kilka dni, dostawszy się do stałego szpitala, doznał znacznej ulgi podczas kąpieli. Zaczął stosować okłady na rękę zranioną a gdy spostrzegł, że dotykanie przedmiotów ręką zdrową wywołuje także ból, trzymał w niej odtąd stale zwilżoną chustkę. Z tego samego powodu unikał stąpania boso po podłodze, a nawet w łóżku nie zdejmował skarpetek, żeby utrzymać stopy w pewnym stanie ogrzania i wilgoci. Zabiegi te chroniły chorego przed napadowemi bólami ręki, gdy w czasie snu nogi ocierały się o kołdrę. Papierosa przed włożeniem do ust musiał dobrze oślinić, unikać ciepłych potraw i napojów wyskokowych. Silne i nagłe wzruszenia sprowadzały także ból napadowy. Chory opisywał ten ból, jako uczucie wbijania ostrego szkła w dłoń; w mimice i postawie malował się wyraz strasznego cierpienia; zjawiały się poty i przyśpieszone bicie serca; na ręce miejscowe zaczerwienienie obejmowało obszar czuciowy nerwu środkowego i odgraniczało się wyraźną linją od reszty dłoni. Porażenia ruchowe, znaczniejsze w nerwie łokciowym, ze szponowatem ustawieniem palców. Zniesienie pobudliwości faradycznej i galwanicznej nerwu łokciowego i jego mięśni; nerw środkowy i dotyczące mięśnie dają skurcz powolny przy 3—5 Ma z odwróceniem reakcji. W zakresie nerwu łokciowego, na dłoni, osłabienie czucia; w zakresie nerwu środkowego oznacza chory bodźce dotykowe, jako przytępione, lecz przykrzejsze, niż w miejscach zdrowych (*hypaesthesia dolorosa*). Wobec pogarszania się ruchów i stanu mięśni, a nadewszystko utrzymywania się bólów w kauzalgicznych, wykonano w styczniu 1921 operację (Dr. Szenker w szpitalu okręgowym). Nerw środkowy tkwił w tkance bliznowatej, nerw łokciowy był nadto zgrubiały i miał bliznę wewnętrzną przy zachowaniu swej ciągłości. Po dokonanej neurolizie przemieszczono oba nerwy w nowe łożysko mięśniowe. Dopiero po szeregu miesięcy, dzięki niewyczerpanej cierpliwości chorego, któremu miejscowe zabiegi lecznicze (mięsienie, elektryzacja, ćwiczenie ruchów), sprawiały męczarnia, następować zaczęła powolna poprawa. W czerwcu 1921 wróciła pobudliwość faradyczna nerwu środkowego i szybki skurcz galwaniczny. We wrześniu zjawiła się pobudliwość galwaniczne nerwu łokciowego przy 9 Ma a mięśnie kurczyły się już faradycznie; wreszcie na wiosnę r. 1922. reakcja elektryczna n. środkowego i jego mięśni stała się z powrotem prawidłowa a nerw łokciowy odzyskał pobudliwość faradyczną oczywiście jeszcze znacznie obniżoną, podobnie jak galwaniczna (8 Ma). W parze z tem postępowało polepszenie ruchów palców i stanu troficznego mięśni, aż do możności poprawnego pisania i utrzymania szabli w ręce. Bóle kauzalgiczne osłabły a strefa ich wywołania ograniczyła się do nieznacznego obszaru na środku dłoni. Historja choroby, dająca miarę, jakie wyniki można osiągnąć celowem i systematycznem, chociaż długiem (w tym przypadku przeszło półtorarocznem leczeniem) spraw, które niestety za wcześnie i za często w czasie wojny uznawano za niepoprawne kalectwo.

Zespół objawów kauzalgji, który ujawnił się w całej pełni swego nasilenia, nieco słabiej był wyrażony w dwóch następnych przypadkach. Nie mniej jednak znajdą się tam jego rysy istotne i nadające mu znamienne piętno.

Szeregowiec D., 20-letni, ranny z początkiem września 1920. w prawe ramię. Tuż po zranieniu dotkliwy ból w dwóch pierwszych palcach ręki, porażenie ruchowe w zakresie nerwu środkowego i promieniowego. Napady kauzalgiczne przy silniejszych podnietach. Po kilku miesiącach bóle osłabły, natomiast przybyły oprócz sinicy kończyn, wybitnej dermografji, szybkiego tętna, napadowe zaburzenia naczynio-ruchowe w związku z jedzeniem ciepłych potraw, przebywaniem na słońcu itd. Napady te wyrażały się w silnych potach, znacznem przyśpieszeniu akcji serca i przemijającej wysypce plamistej całej skóry, której towarzyszyło przykre pieczenie. Na dłoni, w obrębie nerwu środkowego, lekkie tylko obniżenie czucia, natomiast dotkliwie przykre zabarwienie każdej choćby słabej podniety.

Szeregowiec M., 20-letni, ranny w październiku 1920 roku w prawą łydkę. Porażeń ruchowych i zaników niema; skargi na nieznośne palenie w podeszwie i wielkim palcu, potęgujące się do niezwykłej siły w warunkach opisanych poprzednio. Chory chodził charakterystycznie, by uniknąć zetknięcia wewnętrznego brzegu stopy z podłogą. Parestezje były tak dokuczliwe, że mimo zakazów dzień i noc przykładane okłady zmacerowały zupełnie skórę odcinka n. plantaris med. Na obszarze tego nerwu stwierdzono także przytępienie czucia z równoczesnem przykrem zabarwieniem odbieranych wrażeń dotykowych. Elektrycznie dało się wykazać nieznaczne osłabienie pobudliwości. Pod wpływem fizykalnej terapji (naświetlania kwarcowe, kąpiele komorowe) bóle stopniowo zmalały.

Na podstawie trzech opisanych przypadków można w obrazie klinicznym kauzalgji wykazać pewne cechy istotne, które pozwalają, nie tylko na objawowe wyodrębnienie tego zespołu, lecz rzucają pewne światło na jego genezę i podłoże. W samym momencie zranienia występuje ból o charakterystycznej siedzibie w najbardziej obwodowej części uszkodzonego nerwu. Ból ten, utrzymujący się stale, z mniejszem lub większem natężeniem, a wzmagający się pod wpływem różnych czynników do niesłychanego napięcia, każe nam szukać przedmiotowych zmian w czuciowym zakresie nerwu. Spotyka się je najczęściej w postaci objawu opisanego już przez dawniejszych autorów, jako hypaesthesia dolorosa, gdzie, obok obniżonej wartości perceptywnej czuć dotykowych na danym obszarze, uderza przykre, aż do uczucia bólu potęgujące się, ich zabarwienie. Förster [8]) podnosi, że w niektórych przypadkach stwierdzał wyraźną przeczulicę skóry (na stopie przy postrzałach nerwu kulszowego, na dłoni po zranieniu nerwu środkowego) przy najdelikatniejszem muśnięciu, w innych natomiast hyperaesthezję głęboką (ucisk na łydkę), chociaż skóra ponad temi miejscami była znieczulona. Na poparcie tego spostrzeżenia Förstera i podkreślanego przezemnie faktu, że zaburzenia czucia, towarzyszące kauzalgji wyróżniają się swoiście od innych, można się powołać na rozważania Edingera [9]) nad budową i czynnością nerwów obwodowych. Edinger podnosi tam z całym naciskiem znaczenie badań Heada, które wykazały niezbicie, że przy zupełnem zniesieniu czucia powierzchownego (na dotknięcie watą) utrzymuje się czucie głębokie i odpowiada na najlżejszy ucisk. Tak więc, dające się przedmiotowo stwierdzić i ściśle umiejscowić uszkodzenie gałązki czuciowej nerwu jest źródłem ciągłego podrażnienia, które wyraża się w postaci uporczywego bólu. Równocześnie jednak występują, pomijając nienależące do istoty obrazu porażenia ruchowe i troficzne mięśni, miejscowe zaburzenia ze strony układu wegetatywnego. Zmiany w ukrwieniu obwodu zranionej kończyny, wzmożone lub zniesione pocenie się, patologiczne reakcje naczynio-ruchowe i pilomotoryczne w zakresie czuciowego upośledzenia, który jest równoznaczny ze strefą promieniowania bólu, oto objawy z tej dziedziny. Podłoże tych zmian stanowią najprawdopodobniej, jakby wynikało z doświadczeń Förstera [10]), włókna sympatyczne (skurczające i rozszerzające naczynia) nerwu obwodowego, które skutkiem postrzału doznają uszkodzenia wraz z innemi gałązkami. Nie mniej jednak odgrywać może tu rolę t. zw. własne śródścienne unerwienie naczyniowe, należące do układu parasympatycznego. Ten własny aparat nerwowy naczyń, pozbawiony hamulców dosyłanych drogą nerwu obwodowego, popada w stan nadpobudliwości i doznaje zaburzenia swojej równowagi zarówno w systemie włókien skurczających, jak rozszerzających. Z tem zachwianiem się równowagi narządu naczynio-ruchowego na obszarze ograniczonym ściśle zmianami czuciowemi idzie w parze niezwykła pobudliwość i wrażliwość bólów kauzalgicznych na wpływy ciepłoty zewnętrznej, na stopień wilgotności kończyny. Wiemy, że oziębienie kończyny, potęguje bóle do niezwykłego nasilenia, że okłady mokre je znacznie łagodzą. Nie na tem jednak kończy się rola wegetatywnego układu w zajmującym nas zespole. Uszkodzone gałązki czuciowe i sympatyczne nerwu obwodowego stają się punktem wyjścia stałego podrażnienia, którego działanie odbija się przedewszystkiem na układzie wegetatywnym w całości i narusza równowagę między składowemi jego częściami. Müller jest zdania, że każde żywe uczucie bólu powoduje zmianę w inerwacji dróg wegetatywnych i podaje następujące wyjaśnienie tej współzależności: [11]). »Ponieważ wszystkie włókna przewodzące ból biegną przez wzgórek wzrokowy i dochodzą tam do komórek zwojowych, w których doznają przerwy, przeto jest zrozumiałe, że stąd promieniują podniety bólowe na blisko położoną szarą substancję trzeciej komory i powodują zmiany czynności wegetatywnych, jak wydzielanie łez, śliny, zaburzenia naczynio-ruchowe i źreniczne. Nie musi przytem — to jest wielkiej teoretycznej wagi — przyjść do świadomego uczucia bólu«.

Przypadki kauzalgji postrzałowej dostarczają nam

całego szeregu objawów wegetatywnych, wykraczających poza granice uszkodzonego nerwu. Należą tu przedewszystkiem stałe zmiany naczynio-ruchowe w odległych od miejsca zranienia okolicach, opisane już przez Oppenheima, jak zaczerwienienie twarzy, akrocyanoza kończyn. Tutaj też zaliczyć wypada, spostrzegany przezemnie zespół objawów, który wytworzył się po kilku miesiącach uporczywej kauzalgji i występował napadowo w postaci piekącej wysypki plamistej, obfitych potów i przyśpieszonej akcji serca. Do tej grupy wchodzi też zjawisko pozornego przenoszenia się kauzalgji z kończyny zranionej na przeciwległą, opatrzone przez Fuchsa mianem alloparalgji. Pojęcie alloparalgji zostało obalone na podstawie spostrzeżenia, że równie dobrze z przeciwległej kończyny, jak z każdego innego punktu obwodu ciała, można wywołać ból kauzalgiczny. Zjawisko to raczej możnaby nazwać akralgją z tem jednak zastrzeżeniem, że najbardziej obwodowe punkty ciała są jedynie uczulonemi specjalnie stacjami odbiorczemi dla wrażeń wywołujących ból zawsze w obrębie uszkodzonego nerwu. Sträussler miał sposobność śledzić stopniowe wytwarzanie się tych akralgicznych okolic i dopatrywał się przyczyny tego zjawiska w zmianach naczynio-ruchowych na obwodzie ciała. Liczne spostrzeżenia wykazały ścisły związek, jaki zachodzi między przeżywaniem silnych wzruszeń, występujących zawsze w towarzystwie charakterystycznych zmian układu wegetatywnego a bólem kauzalgicznym. Tak samo działają wszelkie podniety (gorące potrawy, napoje alkoholowe), których wpływ wyraża się w nagłych zmianach naczynio-ruchowych.

Obraz kliniczny kauzalgji powstaje zatem w następstwie skrzyżowania się i oddziaływania wzajemnego dwojakiego rodzaju czynników. Pierwszy z nich przedstawia się, jako stan podrażnienia gałązek czuciowych uszkodzonego nerwu wraz z towarzyszącemi stale lub pojawiającemi się napadowo miejscowemi zmianami sympatycznemi, do których należy tak często przez Edingera i Borowieckiego spotykany zespół objawów erytromelalgiczny. Drugi czynnik występuje w postaci wzmożonej pobudliwości układu wegetatywnego i rozluźnionej koordynacji pomiędzy poszczególnemi jego działami, nadając całości obrazu znamienne piętno. Każdy bodziec, trafiający na swoiście zmieniony obszar czuciowy zranionego nerwu, wywołuje wraz z przejmującym bólem wstrząs w układzie wegetatywnym i prowadzi w końcu do daleko sięgających zaburzeń. Naodwrót każde podrażnienie układu wegetatywnego odzwierciedla się natychmiast w niezwykle silnym napadzie bólowym.

Piśmiennictwo.

[1]) Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung Nr. 4, 1915, Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 45, 1915.
[2]) Berl. klin. Wochenschr. 1915. 131.
[3]) Berl. klin. Wochenschr. 1915. 131.
[4]) Wien. med. Wochenschr. Nr. 36. 1916.
[5]) Neurolog. Zentralbl. 1916/21.
[6]) Neurolog- Zentralbl. 1916/11.
[7]) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 50. 1919.
[8]) Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde Bd. 59.
[9]) D. Zeitschr. f. N. Heilkunde Bd. 59.
[10]) D. Zeitschr. f. N. Heilkunke Bd. 59.
[11]) L. R. Müller. Das vegetative Nervensystem 1920. str. 51.

Z praktyki.

Dr. W. ARNOLD, prymarjusz. Lwów

O możliwości zastąpienia olejku cedrowego olejkiem santałowym do celów mikroskopowych.

(Z oddz. chor. zak. szpitala powsz. we Lwowie).

Gdy w ostatnich latach olejku cedrowego, mimo usilnych starań, za żadną cenę otrzymać nie mogliśmy, musieliśmy z tej przyczyny przez czas dłuższy wogóle zrzec się używania systemów imerzyjnych. Gliceryna do tego celu zupełnie się nie nadawała. Pragnąc zastąpić olejek cedrowy innym olejkiem, jeszcze dla nas dostępnym, przypomniałem sobie, że do tego celu nadawałby się może olejek santałowy, wytwarzany zresztą, tak jak olejek cedrowy, z drzewa. Ku mojemu wielkiemu zadowoleniu okazało się, że istotnie olejek santałowy, nietylko może zastąpić do celów imerzyjnych olejek cedrowy, ale nawet przewyższa go pod różnemi względami. Preparaty są jaśniejsze i bardziej wyraźne, aniżeli przy użyciu olejku cedrowego i nie ma przykrego przylepiania się szkiełka nakrywkowego do soczewki systemu imerzyjnego. Pokazywaliśmy nieraz nasze preparaty kolegom i nie zdarzyło się nigdy, aby ktokolwiek z nich okazał niezadowolenie z jakości olejku imerzyjnego. Używamy już od roku olejku santałowego i nie przejdziemy do użycia olejku cedrowego, ponieważ jesteśmy zupełnie z naszego olejku imerzyjnego zadowoleni.

Co do olejku santalowego, to używaliśmy najpierw kilku próbek, znajdujących się jeszcze na oddziale z czasów przedwojennych, jednak i olejek santałowy, dostarczony nam obecnie przez aptekę szpitalną, nie jest gorszy od przedwojennego i nadaje się zupełnie dobrze do celów imerzyjnych. Również i santyl Knolla, obojętny ester salicylowy santalolu, daje się użyć jako olejek imerzyjny.

Podaję moje spostrzeżenia o olejku santałowym w tej nadziei, że skorzysta z nich może ktoś z Kolegów, gdyż brak olejku imerzyjnego jest dla każdego oddziału szpitalnego rzeczą niesłychanie przykrą, a olejek santałowy zawsze o wiele łatwiej i taniej otrzymać można, jak cedrowy.

Uwagi do rozdziału, podanego przez doc. dra Leszczyńskiego, zawartego w sprawozdaniu poglądowem „O leczeniu ciałami koloidowemi i t. d.“ w Nr. 37. Str. 726. P. Gazety lek.

W sprawozdaniu poglądowem: Leczenie ciałami koloidowemi i nieswoistemi białkami na podstawie własnych spostrzeżeń, zamieszczonem w Polskiej Gazecie lekarskiej Nr. 37. r. 1922 na stronicy 726 i 727, znajduje się następujący ustęp, podany przez Doc. Dra Leszczyńskiego:

Zostaje nam tedy tylko krew własna, jako prototyp substancyj własnych ustroju, przydatnych do koloidoterapji. Autohemoterapję zastosował pierwszy Ravaut w r. 1913. Krew wziętą z żyły wstrzykiwał bezpośrednio potem temu samemu choremu wśródmięśniowo w pośladki, w ilości 10—20 ccm, co 2—3 dni. Stosował ten zabieg w rozmaitych dermatozach. W niektórych przypadkach otrzymał wyniki zachęcające. Po nim stosowano ten zabieg w zakresie chorób wewnętrznych.

Otóż pozwalam sobie zaznaczyć, iż już na rok przedtem, bo w r. 1912, ogłosiłem obszerną pracę z oddziału chorób wewnętrznych I. B. Krajowego Szpitala św. Łazarza w Roczniku lekarskim (str. 392—420) pod tytułem: Z dziedziny badań nad rakiem. Autohemoterapja a raki« — i w Wiener klin. Woch. N. 35. r. 1912.: »Aus dem Gebiete der Krebsforschung II. Teil: Autohaemotherapie u. Krebskranke«. Pracę tę przytacza Roman Nitsch w podręczniku: Szczepionki i surowice wraz z nauką o odporności r. 1921. str. 48. W czasie badania chorych na raka nasunęła mi się myśl, czyby w przypadkach raka daleko posuniętego i nie nadającego się do operacji nie można wstrzymać i złagodzić sprawy chorobowej przez zastosowanie u tychże chorych wstrzykiwań podskórnych ich własnej krwi t. j. autohemoterapji. W tym celu utaczano chorym na raka krew z żyły pośrodkowej (V. mediana) wśród wszelkich ostrożności aseptycznych w ilości 6 ccm i następnie zaraz wstrzykiwano ją w tkankę podskórną na klatce piersiowej. Zabieg ten powtarzano zazwyczaj kilkakrotnie co 8—10 dni; równocześnie odstawiono wszelkie środki lecznicze. W każdym przypadku, prócz dokładnego spostrzegania klinicznego, zwracano uwagę na zachowanie się krwi i uwzględniano codzienną ilość wydzielanego moczu i mocznika. Badania krwi dokonywał z wielką ścisłością Dr. Xawery Walter; oznaczenie ilości mocznika uskuteczniano zbiorowemi siłami na oddziale według metody Burieza, podając od czasu do czasu wyniki skontrolowaniu w Zakładzie Chemji lekarskiej Uniw. Jag. Autohemoterapję stosowano w 13 przypadkach raka i to u 10 chorych na raka żołądka, u 2 chorych na raka macicy i u jednej chorej na raka sutka. W ogóle wykonano ten zabieg 51 razy, a chorzy znosili go b. dobrze, bez jakichkolwiek ubocznych przypadków z wyjątkiem 2 chorych na raka żołądka, gdzie wystąpiły zaburzenia. W przypadkach tych u jednego chorego na trzeci dzień po wykonaniu pierwszego zabiegu wystąpił przemijający zapad, a u drugiego po 3 i 4 zabiegu pojawiła się najpierw hematurja a następnie hemoglobinurja.

W przypadkach raka żołądka wykonano autohemoterapję 38 razy. Najmniejsza ilość zabiegów wynosiła 1 a średnio 3—5. Chorzy na raka żołądka znajdowali się w wieku 29—66 lat; wszyscy okazywali b. znaczne ogólne wyniszczenie i sprawę nowotworową daleko posuniętą. W 6 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne; w 4 przypadkach znaczne polepszenie stanu ogólnego. W przypadkach zejścia śmiertelnego stwierdzono na stole sekcyjnym, jako bezpośrednią przyczynę, dwa razy zapalenie otrzewnej, a raz zapalenie włóknikowe płuc.

Czas spostrzegania klinicznego wynosił najkrócej 16 dni a najdłużej 85 dni; średnio 40 dni. Niekiedy już na 3—4 dzień po zastosowaniu po raz pierwszy autohemoterapji, a zawsze w kilka dni po zastosowaniu jej powtórnem, można było zauważyć znaczne zmniejszenie się bólów żołądka tak co do nasilenia, jak i trwania, a u 3 chorych bóle zupełnie ustały. Wogóle bóle, jeśli występowały, trwały krótko i były nieznaczne; podanie wewnątrz w ciągu doby 30 kropli mieszanki mentolowej (Mentholi 0,25, Cocaini mur. 0,15, Spirit. rectif., Aqu. foeniculi aa 10 ccm) + 5 kropli nastoju makowca, wystarczało zupełnie do ich uśmierzenia i nie potrzeba było nigdy uciekać się do stosowania środków energiczniejszych. W 2 przypadkach wymioty zupełnie ustały, a w 7 przypadkach znacznie się zmniejszyły; u jednej tylko 29-letniej kobiety, dotkniętej bardzo rozległym rakiem żołądka, gdyż zajmującym całe jego dno i całą wielką krzywiznę, wymioty trwały wciąż w tem samem nasileniu, atoli naówczas zastosowane równocześnie wstrzykiwania podskórne chlorku morfiny i kokainy, jak i podawanie wewnątrznie wody chloroformowej, przetworów bromowych i t. d. były zupełnie bezskuteczne. Chorzy w ogóle odzyskiwali lepszy apetyt i sen; odczuwali większą energję życiową. U 3 chorych, którzy okazywali znaczne polepszenie, przybytek na wadze w ciągu 16 do 55 dni wynosił od 800 gr do 4½ kg; w przypadkach tych odnosiło się wrażenie, że guzy żołądka były mniej bolesne przy ucisku.

Ze względu na zachowanie się krwi można było zauważyć w przypadkach polepszenia ogólnego nieznaczne tylko obniżenie się hemoglobiny (3° według Sahliego); zresztą ilość hemoglobiny ulegała powolnemu zmniejszeniu się (o 5° rzadko 8°—12°); toż samo nieznacznie zmniejszała się ilość krwinek czerwonych (najwięcej o 500000 w 1 ccm). W 2 przypadkach zauważono zwiększenie się, a w 5 przypadkach zmniejszenie się liczby ciałek eozynowych; zresztą stosunek wzajemny krwinek białych do siebie nie ulegał zmianom znaczniejszym. Toż samo nie można było zauważyć przy stosowaniu autohemoterapji wybitniejszej różnicy ze względu na codzienną ilość wydzielanego moczu i mocznika, gdyż wahania były nieznaczne i zależne od ilości stolców.

Przy raku macicy zastosowano autohemoterapję u 45 i 50 letniej chorej; w obu przypadkach b. znaczne polepszenie. U kobiety 50 letniej, u której nowotwór zajął całą macicę i części przydatkowe, wykonano pięciokrotnie autohemoterapję w czasie 10 tygodniowego pobytu w szpitalu. Chora przybrała na wadze 4½ kg, czuła się znacznie silniejszą, odzyskała apetyt i sen, przyczem upławy znacznie się zmniejszyły i utraciły woń cuchnącą a bóle w krzyżach rzadko i w słabem nasileniu się pojawiały. U drugiej chorej 45 letniej, u której po wyjęciu macicy nowotworowej nadal utrzymywała się chera wraz z silnemi bólami w jamie brzusznej, brakiem apetytu i bezsennością, nastąpiło b. znaczne polepszenie, gdyż wszystkie te przypady ustąpiły, a chora po 4 zabiegach autohemoterapji w przeciągu 28 dni przybrała na wadze o 2 kg 300 gr. Skład krwi i ilość dziennie wydzielanego moczu i mocznika ulegały niejednostajnym wahaniom.

Natomiast w przypadku rozległego raka sutka i licznych przerzutów nowotworowych w narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej u kobiety 40 letniej pod wpływem autohemoterapji nie można było zauważyć złagodzenia przypadów chorobowych w żadnym kierunku, prócz nieznacznego zmniejszenia się bólów i powstrzymania rozpadu nacieku nowotworowego sutka. W przypadku tym zauważono pod koniec życia powiększenie się ilości ciałek eozynowych.

W ogóle doświadczenia nasze wykazują, co następuje:

1. Wstrzykiwania podskórne małych dawek (6 ccm) własnej krwi chorym rakowym przyczyniają się do złagodzenia chery nowotworowej przez zmniejszanie bólów i wymiotów. Chorzy w stosunkowo krótkim czasie odzyskują apetyt, sen, siły i energję życiową, czego poprzednio nie mogli osiągnąć przy żadnem innem leczeniu. W rzadkich przypadkach bóle i wymioty zupełnie ustępują i może się znacznie poprawić ogólne odżywienie chorych.

2. W przypadkach, w których wykonano z powodu nowotworu rakowego doszczętny zabieg operacyjny, autohemoterapja może wpływać w wysokim stopniu na ozdrowienie i powinna być naówczas stosowaną, jako dalszy środek leczniczy.

Prym. *Dr. A. Krokiewicz.*

Uwagi Prym. Dr. A. Krokiewicza przynoszą przypomnienie jego cennych doświadczeń leczniczych z r. 1912. Wyrozumieć z nich można, że autor chciał uzyskać efekt podobny do tego, jaki uzyskujemy n. p. surowicą przy błonicy, zatem działanie swoiste antytoksyczne. Natomiast nie znajdujemy tam uwzględnienia anafilaksji, antianafilaksji, desensibilizacji, ergotropizmu, uczynniania pierwoszczy. A właśnie na tych pojęciach opiera się leczenie koloidami.

Ravaut zastosował w r. 1913 pierwszy autohemoterapją przy dermatozach z pełną świadomością mechanizmu i celu. Szło mu o desensibilizację, o działanie antianafilaktyczne w myśl teorji Widala, Besredki. Zupełnie nie wchodziło w rachubę bezpośrednie antytoksyczne działanie.

Nie wiem, czy empiryczne próby Prym. Krokiewicza można podciągnąć pod pojęcie koloidoterapji, bo wątpię, żeby mu chodziło o uczynnianie komórek rakowych.

R. Leszczyński.

Oceny i sprawozdania.

Dr. St. Peszyński. **Odmładzanie zwierząt i ludzi w świetle najnowszych badań.** 1922 r. Wydawnictwo Księgarni stowarzyszenia nauczycielstwa polskiego w Wilnie.

Dzieło Peszyńskiego ogarnia całokształt aktualnego zagadnienia — odmładzania, uzupełniając w ten sposób skąpe wiadomości, jakie posiadamy dotychczas w piśmiennictwie polskiem. O dążeniach Steinacha pisał już przygodnie Grzywo-Dąbrowski w »Lekarzu wojskowym«, Nowakowski zaś wystąpił na Zjeździe chirurgów w Warszawie z praktycznem zastosowaniem owej metody. I oto wszystko.

Peszyński zdobył się na ujęcie całokształtu, mając widocznie na uwadze przedewszystkiem biologów i lekarzy. W szeregu rozdziałów autor zastanawia się nad dotychczasowem niepowodzeniu w sprawie przedłużenia życia, pisze o przyczynach starości i śmierci, o znaczeniu gruczołów i hormonów, o metodzie Brown-Sequard'a i doświadczeniu Steinacha, o próbach Woronowa z Paryża — odmładzanie kóz i owiec i doświadczeniu Lichtensterna na człowieku. W końcu w rozdziale o spożytkowaniu zbytecznych gruczołów człowieka lub małp przytacza przykłady zastosowania wyżej wymienionego przez Morrice-Carrel, jako wyraz nowej chirurgji, która miast pozbawiania członków, usiłuje zastąpić utracone gruczoły wszczepieniem. Książka pisana bardzo dostępnie i wydana w ładnej szacie zewnętrznej.

G. Roussy et R. Leroux. **Diagnostic des tumeurs.** Paris. Masson et Cie 1921 r.

Wymieniona w tytule książka ukazuje się jako 2-ga serja ogłoszonych już w r. 1920 »*Travaux pratiques d' anatomie pathologique*«. Djagnostyka nowotworów składa się z 2 części. W pierwszej autorowie przypominają zwięźle wszelkie zmiany anatomo-patologiczne, niezbędnie potrzebne dla zrozumienia obrazów drobnowidowych i ułatwiające każdemu początkującemu ścisłe sprecyzowanie i rozróżnienie nowotworów. W drugiej serji podaje 129 tablic ze szczegółowemi rysunkami, przeważnie półschematyczne. Zrozumiałe rysunki i szczegółowa analiza poszczególnych przypadków ułatwiają zrozumienie powikłanych przypadków i służyć może jako doskonała książka podręczna w każdej pracowni.

W. Janusz (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

Bul. et Mémoires de la Société Médicale des hôpitaux de Paris. Nr. 15. 15 maja 1922 r.

J. Huber, D. Rentier i M. Wolf. **Dwa przypadki stałych szmerów w miejscu rozszerzenia żył ściany brzusznej.** Przypadek pierwszy dotyczył 28-letniego mężczyzny, syfilityka od 13-u lat chorego na zimnicę, z obrzękami kończyn dolnych, niewielką opuchliną brzuszną, z powiększoną wątrobą i śledzioną, wypełniającą niemal całą jamę brzuszną. Nad wyrostkiem mieczykowatym szmer, zupełnie niezależny od tonów serca; w miejscu tem rozszerzenie żył o szerokości 4 cm. Pod pępkiem z prawej strony również pakiet żył rozszerzonych; na miejscach tych wyczuwa się fremissement. Ucisk okolicy tętnicy udowej znosi zupełnie szmer wymieniony.

Drugi przypadek dotyczył 45-letniego mężczyzny, również obarczonego kiłą i ziarnicą z dużą śledzioną i nieco powiększoną wątrobą. Z prawej strony ściany brzusznej nieco nad pępkiem rozszerzenie żył; w dolnej części tego rozszerzenia wysłuchuje się szmer stały na przestrzeni 5—6 cm. Mechanizm powstawania takich szmerów nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniony. Nasuwałaby się suppozycja co do połączenia układu tętniczego z żylnym.

Loeper i Mougeot. **O działaniu pepsyny na układ sercowo-naczyniowy.** Krzywa ciśnienia krwi podczas trawienia jest naogół stała: w początkach ciśnienie obniża się, a następnie wzmaga. To początkowe obniżanie się ciśnienia zależne jest prawdopodobnie od wielu przyczyn, a pomiędzy niemi i od przechodzenia pepsyny do krwiobiegu. Otóż auto-

rowie zajęli się badaniem tej sprawy. Podawanie pepsyny, per os nie wpływało zupełnie na ciśnienie krwi. Natomiast wstrzykiwania podskórne w ilości nawet 0,2 gr obniżało stale ciśnienie u osób normalnych około 2 cm Hg, przyczem obniżenie dotyczyło zarówno maksimum, jak i minimum ciśnienia. Obniżenie to było mniej wybitne u osób z ciśnienieniem niżej normy i bardziej wybitne u osób z ciśnieniem wzmożonem; dochodziło w tych przypadkach do $4^1/_2$ cm. Po wstrzykiwaniach dożylnych wyniki były identyczne. Z doświadczeń tych autorowie wyprowadzają jeden wniosek praktyczny: pepsyna, stosowana podskórnie, obniża ciśnienie krwi nie gorzej od środków dotychczas stosowanych (np. nitryty); działanie jej natomiast trwa bezwarunkowo dłużej. Dawka do wstrzykiwań 0,2 do 0,4 gr (pepsine du Codex w rozczynie 20 na 100).

Loeper i Baumann. **O działaniu pepsyny na ruchy jelita grubego.** W 12—13 godzin po spożyciu barytu autorowie wstrzykiwali pod skórę 0,2 gr pepsyny w 1 ccm fizjologicznego rozczynu i badali ruchy jelita grubego na ekranie. Działanie pepsyny na ruchy jelita grubego przejawia się dopiero w 30—40 minut po wstrzyknięciu i trwa bardzo krótko. Działanie polega nie tyle na przyśpieszeniu ruchów robaczkowych, ile na wzmożeniu napięcia, wskutek czego w pewnych przypadkach jelito opróżnia się szybciej. W zastosowaniu praktycznem wstrzykiwania pepsyny dają dobre wyniki w przypadkach opuszczenia trzew i atonji muskulatury jelit. Natomiast w przypadkach zaparcia spastycznego po wstrzykiwaniach pepsyny zaparcie jeszcze się bardziej potęguje.

A. Florand i H. Flurin. **Zstępujący nieżyt nosa i oskrzeli a rozedma płuc.** Rozróżniamy, może nieco sztucznie, dwa rodzaje rozedmy płuc: 1) rozedma częściowa, która towarzyszy stwardnieniu płuc; 2) rozedma ogólna, zależna od przyczyn bliżej niewyjaśnionych, czy też konstytucjonalnych. Rozedma częściowa zależy przeważnie od gruźlicy, rzadziej od innych czynników, oddziaływających destrukcyjnie na tkankę płucną, jak: kiła, róża, grypa, krztusiec, błonica, gazy trujące (yperit) itd. Autorowie przypuszczają, że nieżyty nosowooskrzelowe, umiejscawiając się w wierzchołkach płuc i wywołując bronchiolity, a także zapalenia płuc odoskrzelowe, mogą być również przyczyną powstawania rozedmy częściowej; cierpienia tego rodzaju zazwyczaj utożsamiamy z gruźlicą. Co się tyczy rozedmy ogólnej, to w etjologji tego cierpienia, zdaniem autorów, nieżyty nosooskrzelowe zstępujące odgrywają główną rolę. Dusznica i gruźlica są na drugiem miejscu. Oczywiście wchodzi tu w grę i zmniejszona odporność tkanki łącznej płuc, która, podług teorji autorów angielskich, ma zależeć od wrodzonej słabości tkanki elastycznej. Podług zaś autorów przewlekłe nieżyty nosooskrzelowe i pod tym względem nie pozostają bez wpływu; stale zakażając ustrój, osłabiają odporność całego układu elastycznego, a więc i tkanki płucnej.

Gougerot i Blamontier. **Anafilaksja przy stosowaniu środków zewnętrznych. Wstrząs anafilaktyczny przy zewnętrznem użyciu olejku jałowcowego przypalonego** (*ol. cadinum*)**; odczulenie tą samą drogą.** Autorowie przytaczają dwa przypadki anafilaksji wskutek zewnętrznego stosowania olejku jałowcowego przypalonego w łuszczycy. W obu przypadkach obniżenie ciśnienia krwi oraz leukopenia w okresie wstrząsu były bardzo wybitne. W obu przypadkach autorom udało się doprowadzić do odczulenia ustroju, stosując zewnętrznie początkowo maleńkie, stopniowo zwiększające się dawki tego środka.

Gougerot i Blamontier. **Pryszczycowate zapalenie skóry, wywołane przez pyłek drzewa palisandrowego. Wstrząs anafilaktyczny przy zewnętrznem stosowaniu pyłku. Odczulenie zapomocą wyciągów alkoholowych tego pyłku.** Spostrzeżenia identyczne z poprzedniemi.

H. Tecon (Lozanna). **Kula w mięśniu sercowym przez 26 miesięcy, niewywołująca cięższych przypadłości.** Przypadek dotyczył rannego żołnierza francuskiego, który dostał się do niewoli i po upływie kilkunastu miesięcy został wysłany do Szwajcarji z rozpoznaniem gruźlicy. Chory ten, poza stałym bólem w 5 em i 6 em międzyżebrzu z lewej strony z przodu, niezbyt dokuczliwym, czuł się nieźle, chodził po górach i nie męczył się przy chodzeniu. Badanie radjologiczne wykazało w mięśniu sercowym około koniuszka kulę. Chory ten miał być operowany przez prof. Roux, gdy nagle przyszedł rozkaz wysłania go do Francji. Od tej chwili autor nie miał o nim wiadomości.

Emile Weil i Isch Wall. **Zakrzepy w tętnicach i w sercu a stany krwotoczne.** Autorowie przytaczają przypadek zwężenia ujścia żylnego lewego i tętniczego, który zasługuje na uwagę z tego względu, że w przebiegu choroby notowano jednocześnie stany pozornie wzajemnie się sobie przeciwstawiające, mianowicie: usposobienie krwotoczne i usposobienie do tworzenia się zakrzepów w naczyniach i sercu. Przypadek zakończył się śmiercią i badanie pośmiertne wykazało istnienie zakrzepów, podczas kiedy za życia notowano objawy krwotoczne (wybroczyny w skórze, częste i obfite miesiączkowanie itp.).

T. Mironesco (Bukareszt). **Stosunek leukocytów krwi naczyń włoskowatych do leukocytów krwi żylnej w szkarlatynie.** Badania autora dotyczyły 9 przypadków szkarlatyny i 5-u przypadków innych chorób zakaźnych. Ciałka białe krwi liczono jednocześnie z krwi, otrzymanej przez ukłucie palca, (z naczyń włoskowatych) i z krwi otrzymanej z żyły w przegubie łokciowym. W przypadkach płonicy krew z naczyń włoskowatych zawierała znacznie więcej leukocytów, niż krew żylna (przykłady: 1) 28600 i 18200 2) 27000 i 15000 3) 21000 i 12000). W innych chorobach zakaźnych różnice były nieznaczne i niekiedy w kierunku odwrotnym. Zjawisko to autor uzależnia od przypuszczenia, że czynniki chorobotwórcze w płonicy bardziej atakują skórę i dlatego ustrój dostarcza skórze więcej czynników obronnych w postaci leukocytów.

Nr. 16. 18. maja 1922 r.

Lechelle. **Cierpienie kostno-stawowe na tle 3-rzędnej kiły przy jednoczesnem istnieniu objawu Argyll-Robertsona.** U 41-letniej chorej z objawami przewlekłego zapalenia stawu skokowego i znacznem zniekształceniem, z bólami przy ruchach i napadami samoistnych bólów nocnych, stwierdzono objaw Argyll-Robertsona, który to objaw autor zalicza raczej do objawów kiły mózgu, niż do objawów wiądu rdzenia. Po zastosowaniu leczenia swoistego (rtęć, bismut, neoarsenobenzol) wszelkie objawy chorobowe w stawie skokowym ustąpiły. Autor nie wspomina nic o wpływie leczenia swoistego na objaw oczny.

M. Labbé i H. Bith. **Ostra niewydolność wątroby i zatrucie kwaśne ustroju w przebiegu czerwonki.** Autorowie przytaczają przypadek podostrej czerwonki z objawami niezbyt burzliwemi, który zakończył się śmiercią przy objawach zatrucia kwaśnego, wywołanego przez ostre zapalenie wątroby. Zatrucie kwaśne nie zależało od głodzenia chorej, gdyż podawano jej dostateczne ilości węglowodanów, lecz od zaniku stopniowego czynności wątroby (obok acetonu, kwasu acetooctowego w moczu stale wykazywano duże ilości urobiliny). Badanie pośmiertne obok zmian nekrotycznych w jelicie grubem stwierdziło zwyrodnienie tłuszczowe ostre wątroby.

Laederich i Le Goff. **Przypadek bolesnego rozrostu sutka męskiego, wyleczonego zapomocą promieni X.** Przypadek dotyczył 77-letniego mężczyzny, przyczem w jądrach żadnych zmian nie zauważono. Pod tym względem jest to spostrzeżenie bardzo rzadkie, gdyż pierwotny rozrost sutka męskiego zdarza się prawie wyłącznie w okresie dojrzewania płciowego. W przypadku tym rozrastające się sutki miały kształt sutków dziewczyny w okresie miesiączkowania i były bardzo bolesne na dotyk. W takich razach najczęściej wyłuszczano sutki z powodu dotkliwych bólów. Autorowie zastosowali naświetlania promieniami X. Pod wpływem naświetlań nastąpił zanik rozrastających się sutków, czyli powrót do stanu pierwotnego. Pod koniec naświetlań chory zaczął doznawać senzacyj bólowych w jądrach bez zmian widocznych przy badaniu tych narządów.

Joca (Montevideo). **Przypadek zapalenia mnogich nerwów wskutek zatrucia emetyną; zejście śmiertelne.** Chora na czerwonkę amebową była leczona wstrzykiwaniami chlorku emetyny (0,06—0,09 na dawkę); razem wstrzyknięto jej 1,05 gr tego preparatu. Ósmego dnia po ostatniem wstrzyknięciu chora

zaczęła się skarżyć na utratę sił i bóle we wszystkich kończynach, szczególnie po stronie lewej. Stwierdzono znaczne osłabienie kończyn dolnych, wrażliwość pni nerwowych przy ucisku, ból przy ucisku nerwu błędnego, przyspieszone tętno (130—150), objawy zapalne w nerkach. Kiedy chora zaczęła już wracać do zdrowia, wystąpiły objawy ze strony nerwów opuszkowych i wkrótce chora zmarła.

Dargein i Plaxy. **Zapalenie wsierdzia a objaw Josserand'a.** Niedawno Josserand zwrócił uwagę na objaw, pozwalający już na samym początku rozpoznawać ostre zapalenie osierdzia, szczególniej pochodzenia gośćcowego. Objaw ten polega na właściwościach 1-go tonu nad tętnicą główną: ton ten jest wzmożony, dźwięczny i jednocześnie chropowaty. Podług Josserand'a objaw ten jest zwiastunem nie tylko zapalenia osierdzia, ale również cięższych zmian wsierdzia i samego mięśnia sercowego. Autorowie przytaczają dwa przypadki, w jednym z których objaw Josserand'a poprzedzał wystąpienie zapalenia osierdzia, a w drugim zapalenia wsierdzia.

Pagnier i de Gennes. **Przypadek ogólnego nadmiernego owłosienia z niezwykłym kształtem twarzy.** 12-letnia dziewczynka, normalnie rozwinięta, nie obarczona dziedzicznemi chorobami, cała pokryta włosami ciemno-rudemi; owłosienie podbródka, wargi górnej i głowy — bardzo obfite (włosy twarde i gęste). Nadto twarz dziewczynki o nosie spłaszczonym, wystającej dolnej części twarzy, wystających wargach przypomina twarz zwierzęcia. Podniebienie podzielone na części fałdami poprzecznemi na kształt podniebienia psa. Kończyny silnie rozwinięte, ręce szerokie, palce krótkie. Rozwój psychiczny i fizyczny normalny. Zaburzeń czynności gruczołów o sekrecji wewnętrznej nie stwierdzono. Cała postać przypomina opisy człowieka-małpy, człowieka-psa, czy też człowieka-lwa.

Gilbert i Coury. **Zakrzepowe zapalenie tętnic (Arteriitis obliterans of Hebrews non syphilitica).** Przytoczony przez autorów przypadek dotyczył 36-letniego żyda, przybyłego z Polski, który zaczął doznawać gwałtownych bólów w kończynach na tle poczynającej się samoistnej zgorzeli. Choroba ta z dłuższemi przerwami trwa od 3 lat. Przez ten czas choremu amputowano wielkie palce u nóg z powodu zgorzeli. Za każdym razem leczenia i dłuższego wypoczynku następowała poprawa. Objawy chorobowe występowały nie tylko w kończynach dolnych, ale i w górnych (w palcach), wprawdzie w mniejszym stopniu. Chory ten był bardzo dokładnie zbadany. Stwierdzono zmniejszone ciśnienie krwi we wszystkich kończynach (zmniejszenie nierównomierne). Dodatni objaw Weber'a (kończyna w pozycji obwisłej po wykonaniu kilku ruchów zginania i wyprostowywania staje się wybitnie bladą). Kiła i miażdżyca wykluczone. Natomiast jako moment usposabiający podkreślić w tym przypadku należy nadmierne palenie tytoniu. Opisana choroba dotyczy przeważnie rasy żydowskiej (*Arteriitis obliterans non syphilitica judaica* podług Webera).

Marcel Labbé i Stévenin. **Łagodna postać marskości wątroby i trzustki z objawami moczówki bronzowej.** Spostrzeżenie autorów zasługuje na uwagę z tego względu, że moczówka bronzowa ma przebieg ciężki i zazwyczaj prędko prowadzi do śmierci. Tymczasem w przytoczonem spostrzeżeniu choroba ciągnęła się 14 lat i właściwą przyczyną śmierci było inne cierpienie (rak żołądka), które rozwinęło się w ostatnim okresie życia. Pomimo to moczówka cukrowa należała do ciężkich postaci i tolerancja na węglowodany prawie nie istniała. Rozpoznanie: Morskość wątroby za życia nie ulegało żadnej wątpliwości (ascites twardy, nierówny brzeg wątroby). Rozpoznanie marskości trzustki było mniej pewne, chociaż niezupełne trawienie tłuszczów, jąder komórkowych i białka wzbudzało pod tym względem podejrzenie.

Burnaud (Leysin). **Siedem przypadków gruźlicy płuc, leczonej zapomocą torakoplastyki.** Operację tę autor uważa za wskazaną w tych tylko przypadkach, w których sztuczna odma piersiowa z powodu zrostów jest niemożliwa. Wskazania więc dla tej operacji są identyczne ze wskazaniami dla odmy piersiowej, przyczem jedno płuco musi być bezwzględnie zdrowe. Wszystkie operacje były dokonane przez prof. Roux z Lozanny. Operacje polegały na resekcji żeber długości od 3 do 15 a nawet 20 cm, poczynając od pierwszego do 10-go włącznie tuż przy kręgosłupie w przestrzeni między kręgosłupem i łopatką. Pierwsze operacje były dokonane przy ogólnej narkozie, później tylko pod miejscowem znieczuleniem. Wyniki operacji nie ustępują wynikom odmy piersiowej.

Sicard i Lermoyez. **Tabetyczne napady bólowe w zależności od czynników anafilaktycznych. Leczenie zapomocą adrenaliny.** Okresowe zjawianie się napadów niekiedy w zależności od zmian temperatury, używania napojów wyskokowych, pokarmów pikantnych itp. nasunęło autorom myśl uzależniania tych napadów od czynników anafilaktycznych. Konsekwentnie rozwijając ten pogląd, autorowie zaproponowali leczenie napadów tabetycznych wstrzykiwaniami dożylnemi adrenaliny $1/2$ mgr w 10 cm fizjologicznego rozczynu). Przeciwko tym poglądom wystąpili energicznie Marcel Pinard i Milian. *J. Bełkowski* (Warszawa).

Choroby skórne i weneryczne.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.
N. 3. Marzec 1922.

S. Nicolan i A. Bancin. **Badania biologiczne nad odczynem kłaczkowacenia Sachsa-Georgiego w kile.** Z pracy doświadczalnej niezwykle szczegółowej i dokładnej, nie nadającej się do krótkiego streszczenia, nie mniej jednak polecenia godnej do przeczytania w oryginale wysuwają autorzy następujące końcowe wnioski:

1. Zjawisko kłaczkowacenia, które zachodzi w odczynie Sachsa-Georgiego, jest wyrazem oddziaływania fizykalno-chemicznego między koloidami surowicy kiłowej (reaginami) z jednej a koloidami wyciągu cholesterynowego (wywoływacza) z drugiej strony, przyczem reaginy surowicy kiłowej powodują zlepianie i kłaczkowacenie cząsteczek lipoidowych.

2. Tak odczyn Sachsa-Georgiego, jak i odczyn Wassermanna, są co do swej istoty odczynami równoznacznemi, t. j. oba są wyrazem tych samych zjawisk, jakie zależne są od ich części składowych. Różnica optyczna, jaką dostrzegamy w obu odczynach, polega, odnośnie do odczynu Wassermanna, na tem, że w odczynie Wassermanna czynnym jest dopełniacz (komplement). On to chroni lipoidy wywoływacza, utrzymując je w stanie rozproszenia i zapobiegając ich skłaczkowaceniu. Tę czynność osłaniającą i zapobiegawczą rozwija dopełniacz najprawdopodobniej w ten sposób, że otacza powierzchnię koloidów wywoływacza warstwą ochronną, nie wchodząc jednak z niemi w żadne związki stałe, albo co najmniej nie zmieniając całkowicie ich właściwości. Toteż kłaczkowacenie powstrzymane chwilowo przez dopełniacza występuje znowu, skoro dopełniacz ulegnie zniszczeniu przez ogrzanie lub starzenie się.

3. Kłaczki składają się wyłącznie lub prawie wyłącznie z lipoidów wywoływacza, na co wskazuje ich niemal zupełna rozpuszczalność w eterze. Biologicznie rzecz biorąc ujawniają więc one jedynie właściwości wywoływacza. W rzeczywistości ani kłaczki w całości wzięte ani ich wyciągi eterowe, czy alkoholowe, same w sobie nie posiadają innych właściwości, jak właściwości wywoływacza t. zn. same przez się nie są zdolne rozwinąć czynności wiążących dopełniacza a czynią to dopiero po dodaniu surowicy kiłowej.

4. Reaginy surowicy kiłowej, jakoteż część lipoidów wywoływacza, pozostają częściowo niezużyte nawet po wystąpieniu skłaczkowacenia. Po odwirowaniu i starannem oddzieleniu od kłaczków sam płyn czysty okazuje własności wiązania dopełniacza, choćby płynu użyto w małych ilościach.

5. Objaw skłaczkowacenia, jakkolwiek zmienia równowagę koloidalną ciał, z których powstaje, nie odejmuje im ich pierwotnych właściwości. Kłaczki powstałe ze składników wywoływacza zachowują nadal właściwości wywoływacza, jeśli działają w obecności reagin, okazują zatem właściwości wiązania dopełniacza.

6. Reaginy (surowicy kiłowej) posiadają ponadto zdolność wywoływania nowego kłaczkowacenia nowych seryj wywoływacza tak, jak gdyby niezużywały się zupełnie lub tylko nieznacznie w tym akcie biologicznym, w którym są czynne. Ten fakt niezużywania się reagin pozwala porównać czyn-

ność reagin z czynnością zaczynów (diastaza) a zjawiska zachodzące między surowicą kiłową a lipoidami wywoływacza zaliczyć do rzędu zjawisk dyastatycznych, których końcowym wynikiem byłoby kłaczkowacenie koloidów lipoidowych wywoływacza.

Mestehersky: **O wpływie zakażeń durowych na odczyn Bordet-Wassermanna.** Autor przypomina poglądy dawnych klinicystów na oddziaływanie chorób zakaźnych gorączkowych (w szczególności duru brzusznego i osutkowego) na przebieg kiły i zwraca uwagę na różnicę zdań w tym kierunku. Z danych zebranych z piśmiennictwa, jakoteż z obszernej dyskusji lekarskiej na zjeździe w Paryżu w r. 1900, wynika, że zdania poszczególnych klinicystów na tym punkcie nie były zgodne. Jedni (M. Moes) utrzymywali, że dur nie wpływa bynajmniej na kliniczny przebieg kiły, inni (Etienne, Scalese) przyjmowali wprost wpływ niekorzystny, prowokujący nawroty kiły, wreszcie grupa trzecia przypisywała chorobom gorączkowym wpływ korzystny na przebieg kiły a nawet wpływ wprost leczniczy. (Julien, Ducrey, A. Fournier). Te tak różne poglądy dawnych klinicystów oparte były jedynie na spostrzeżeniach klinicznych nie uzupełnionych badaniami serologicznemi. W czasie wielkiej epidemji duru, jaka w ostatnich latach dziesiątkowała ludność Rosji, miał Meszczewski sposobność spostrzegać 8 przypadków duru (bądź brzusznego bądź osutkowego) u kiłowych i kontrolować wpływ tych chorób gorączkowych na przebieg kiły odczynem Bordet-Wassermanna.

W grupie pierwszej przypadków (kiła z objawami drugorzędnemi przebyta i leczona przed laty) przebycie duru nie wywarło żadnego wpływu na przebieg kiły, czy to pod względem klinicznym, czy serologicznym. W dwu przypadkach tej grupy odczyn Wassermanna był przed przebyciem duru i po jego przebyciu stale ujemny w jednym poprzednio dodatni pozostał i później stale dodatnim.

W grupie drugiej (jeden przypadek kiły wrodzonej późnej) w 15 dni po ozdrowieniu z duru pojawiły się kilaki podudzia mimo, że chora przez lat cztery była wolna od nawrotów.

W grupie trzeciej, obejmującej trzy przypadki kiły utajonej późnej z uparcie utrzymującym się dodatnim O. W., nie ustępującym nawet pod wpływem energicznego leczenia, zaznaczył się wybitnie korzystny wpływ przebytego duru osutkowego (2 przypadki) i duru brzusznego (1 przypadek) tem, że O. W. po przebyciu choroby gorączkowej przeszedł w ujemny i już stale ujemnym pozostał. Korzystny wpływ obu rodzajów duru na O. W. w tej trzeciej grupie przypadków przypisuje M. nie antagonizmowi toksyn kiłowych i durowych, ale raczej działaniu podwyższonej ciepłoty. Zgadza się to ze spostrzeżeniami tych klinicystów, którzy ustępowanie zmian kiłowych w czasie chorób gorączkowych zakaźnych tłómaczyli intuicyjnie już dawniej działaniem podwyższonej ciepłoty. Wiadomo też z kiły doświadczalnej na zwierzętach, że wyższa ciepłota niszczy krętki blade.

Autor rozumie, że ani brak objawów klinicznych ani ujemny O. W. nie świadczą o wyleczeniu kiły, ale świadczyć mogą w każdym razie conajmniej o stanie jej przygłuszenia lub znacznego osłabienia.

L. Chatellier. **Język olbrzymi ze zmianami na policzkach i na błonie śluzowej jamy ustnej.** Opis przypadku, w którym u 31 letniego mężczyzny język okazywał zmiany, cechujące język olbrzymi, ale ponadto w lewej połowie na stronie grzbietnej języka znachodził się guz, który mógł naśladować kilaka lub trzeciorzędne zmiany włókniste. Obok tego w obu kątach szczęk znachodziły się guzy uszypułowane o powierzchni płatowej pokryte błoną śluzową zgrubiałą i zmętniałą. Podobne zgrubienie i zmętnienie okazywała znaczna część błony śluzowej policzków, korzenia języka, gardzieli i krtani. Owo zgrubienie i zmętnienie błony śluzowej mogło nasuwać myśl łuszczycy błony śluzowej i skłonić do rozpoznania zmian kiłowych języka i jamy ust. Chorego też leczono w dzieciństwie kilkakrotnie przeciwkiłowo bez skutku. Andry sprzeciwił się bezwarunkowo rozpoznaniu kiły a ujemny odczyn Wassermanna, jakoteż dalsze spostrzeganie kliniczne, wykazały, że w danym przypadku nie chodzi o kiłę lecz o język olbrzymi z towarzyszącą mu słoniowatością błony śluzowej jamy ust i gardzieli. Słoniowatość należało uważać za wrodzoną a nie nabytą, za wrodzony przerost tkanki łącznej za pewien rodzaj znamienia (naevus). Za sprawą wrodzoną przemawiała też poniekąd dosyć wyraźnie zaznaczona akromegalja, rozszerzenie siodła tureckiego, stwierdzone w obrazie rentgenologicznym, i upośledzenie inteligencji, stanowiące zespół objawów zwyrodnienia.

A. Nanta i Cadenat. **Kiła serca w 44 lat po zmianie pierwotnej.** W 30 roku życia zakażenie kiłowe, leczone w okresie kiły drugorzędnej. W 74 roku życia zmiany guzkowo-wrzodziejące o typie kiły drugo i trzeciorzędnej usadowione na prąciu i mosznach. Język okazywał zmiany, odpowiadające »glossitis sclerogummosa«. Obok tych zmian zwolnienie tętna (55—56 na minutę) z przerwami znamionującemi niezupełne rozszczepienie przedsionkowo-komorowe. Rozpoznano schorzenie wiązek Hissa. Leczenie arsenobenzolem usunęło szybko tak zmiany na skórze, jakoteż przypadłości sercowe.

M. Guibert. **Przypadek kiły opornej na arsen i rtęć, ustępującej pod wpływem leczenia bizmutem.** Opis przypadku, w którym zmiana pierwotna swoista, usadowiona na członku, mimo energicznego leczenia miejscowego i ogólnego rtęcią i arsenem, nie ustępowała, owszem powiększała się bez przybierania cech wrzodu żrącego. Zastosowanie soli bizmutowych w ilości 8 wstrzyknięć śródmięśniowych sprowadziło zupełne wygojenie zmiany w przeciągu 4 tygodni. Zdaniem autora jest to pierwszy przypadek odporności krętków bladych na rtęć i arsen, dowodzący zarazem skuteczności leczniczej bizmutu wobec kiły. *Lenartowicz* (Kraków).

Choroby oczu.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.
T. 66. Maj 1921.

Fleischer. **Przyczynki do dziedziczenia chorób ocznych.** Krótki wstęp do następujących prac:

Mücke. **Przyczynek do dziedziczności zwyrodnienia barwikowego siatkówki.** Znanym jest fakt, że w 25—40% przypadków zwyrodnienia barwikowego siatkówki daje się stwierdzić pokrewieństwo rodziców. Drzewo rodowe przez M. zestawione opiera się na wyciągach z ksiąg kościelnych. Częste pojawianie się ukrytej choroby u dzieci z małżeństw, które zdają się być ze sobą nie spokrewnione, jest najprawdopodobniej wyrazem zakażenia ukrytym zarazkiem chorobowym całej wsi, która zdala od ruchu światowego oddalona wykazuje wiele małżeństw między sobą.

Andrassy. **Przyczynek do dziedziczności zaćmy.** Zestawione drzewo rodowe rodziny z zaćmą wykazuje, że w różnych gałęziach rodziny, u której w starszych generacjach stwierdzono zaćmę starczą, w pokoleniach młodszych, pojawiła się przedwczesaa zaćma starcza lub też zaćma wrodzona, i to nie tylko u potomków, którzy w późniejszym lub wcześniejszym wieku na zaćmę zachorowali lecz także, u takich, których rodzice od zaćmy byli wolni. Często pojawianie się schorzeń kości i zaburzeń psychicznych świadczy o tem, że musi być jakaś wspólna przyczyna, która powoduje zaćmę i powstanie przytoczonych zmian chorobowych.

Fritscheller. **Przyczynek do dziedziczności rodzinnego zwyrodnienia rogówki.** Zwyrodnienie polega na rozmieszczeniu we wszystkich warstwach rogówki drobnych, krystalicznych zaćmień, o nieregularnym kształcie. Drzewo rodowe sięga aż do szóstego pokolenia.

Barth. **Dalszy przyczynek do dziedziczności rodzinnego zaniku nerwu wzrokowego (choroba Lebera).** Sześć drzew rodowych, które zgodnie wykazują, że skłonność do choroby przenosi się za pośrednictwem zdrowych kobiet na potomków męskich.

Fleischer. **O samoistnem oderwaniu naczyniówki.** Cierpienie to rzadko bywa rozpoznawanem. Na podstawie spostrzegania przypadków własnych i danych z piśmiennictwa dzieli F. samoistne oderwania naczyniówki na dwie grupy. Do pierwszej zalicza oderwanie naczyniówki, przebiegające z obniżeniem ucisku śródocznego, a czasami także ze znacznem pogłębieniem komórki przedniej. Przyczyny tego oderwania należy szukać w schorzeniu ciała szklistego. Do dru-

giej grupy zalicza F. oderwanie naczyniówki w następstwie zwiększonego wydzielania, zastoju, zmian naczyniowych i zapalnych. Wiadomość o istnieniu takiej zmiany chorobowej ma także znaczenie praktyczne, gdyż w razie rozpoznania różniczkowego między guzem mózgu uchroni oko przed wyłuszczeniem.

Scheerer. **W sprawie zamknięcia tętnicy środkowej.** Na podstawie badań histologicznych dwóch przypadków chorobowych dochodzi S. do wniosku, że miażdżyca tętnicy środkowej w okolicy blaszki sitowej może występować w dwóch charakterystycznych postaciach, które mogą spowodować całkowite przerwanie krążenia: 1) Zwężenie dośrodkowe pod postacią nowej węższej rurki naczyniowej w naczyniu starem i stłuszczenie znacznego stopnia wybujałości błony wewnętrznej. 2. Zwężenie na wzór garbu ze skłonnością do zwapnienia aż do utworzenia obrazu chorobowego rzekomo wolno w rozszerzonem świetle naczynia leżącego czopu zwapniałego. Skrzepów krwi i oderwanych części błony wewnętrznej nie należy mieszać z czopami zatorowemi; są one tworami wtórnemi lub pośmiertnemi lub też sztucznemi. Także inne przyczyny (krwotoki, zapalenia, w poszczególnych przypadkach prawdziwe zatory) mogą sprowadzić przerwę w krążeniu.

Zeller. **Studja nad naczyniami spojówkowemi.** Sieć naczyń spojówki gałkowej nadaje się bardzo dobrze do badań nad zachowaniem tychże naczyń pod wpływem rozmaitych środków leczniczych i w pewnych ogólnych schorzeniach ustroju. Do mierzenia szybkości prądu krwi w naczyniach posługiwał się Z. specjalnym aparatem. Szybkość prądu krwi w tętnicy o średnicy 0,01—0,03 mm wynosi 1,6—3,5 mm na sekundę, w żyłach 0,7—1,8 mm na sekundę. U osobników starszych jest prąd krwi powolniejszy, niż u młodszych.

Przy miażdżycy charakterystycznem jest rozszerzenie się naczyń przy równoczesnem tworzeniu się silnych skrętów. Bardzo często stwierdza się drobne tętniaki i żylaki. Przed miejscami rozszerzonemi znajdują się ograniczone zwężone przestrzenie naczyń, które właściwie rozszerzenie spowodowały.

Przy kile występują zmiany chorobowe naczyń często jako wielorakie wrzecionowate lub workowate rozszerzenia naczyń, zajmujące odcinek żylny naczyń najdrobniejszych i włosowatych. Przy miąższowem zapaleniu rogówki zwraca uwagę silne tworzenie się nowych naczyń i częściowe znaczne rozszerzenie.

Przy cukrzycy zmiany występują na naczyniach włosowatych, w odcinku, łączącym naczynia tętnicze z żylnemi, w szczególności część żylna jest rozszerzona tak, że przy miernym obrzęku ona tylko staje się widoczną, zakrywając prawie zupełnie część tętniczą. W jednym przypadku stwierdził Z. śrubowate skręty naczyń i gęsto rozsiane prosowate tętniaki. Równocześnie istniały nieregularnie rozsiane liczne drobne krwotoki. Także pączkowanie przy ścianach naczyń włosowatych w postaci ślepo się kończących wyrostków napotyka się często przy silniejszem tworzeniu się naczyń nowych.

Do badań nad działaniem miejscowem na naczynia gałki używanych powszechnie środków leczniczych posługiwał się Z. okularem mikrometrycznym (5 : 100). Po zapuszczeniu adrenaliny w rozczynie 1 : 1000 znikają już po 50—80 sekundach wszystkie powierzchowne naczynia średnicy 0,02 mm. Naczynia włosowate znikają już przedtem. Krążenie krwi staje się coraz powolniejsze aż w końcu widać, jak pojedyńcze ciałka krwi przesuwają się przez naczynie, przyczem przybierają postać wrzecionowatą. Takie zbite w grudki ciałka krwi mogą się przesuwać przez zwężone naczynie, znacznie je rozszerzając. Atropina rozszerza naczynia, lecz działanie jej jest minimalne, tak, że pomiarów na oku ludzkiem robić nie można. Maksymalne zwężające działanie na naczynie ezeryny występuje po 6—15 minutach. Działanie zwężające kokainy 5% występuje po 10—20 minutach.

Stock. **O zrogowaceniu nabłonka spojówkowego.** (*Tyloma conjunctivae*). Dwa bardzo rzadkie przypadki, spostrzegane jednego dnia u dwóch mężczyzn (53 i 50 lat). Przy rąbku rogówkowym można było zauważyć mały guzek około 2 mm² o powierzchni białawej, suchej. Obaj chorzy pochodzą z jednej miejscowości. Badanie histologiczne wykazuje zrogowacenie nabłonka, który w tych miejscach jest 3—4 razy grubszy od prawidłowego. Poniżej przybłonka warstwa tkanki jednostajnie się barwiącej z licznemi ziarnami amyloidu.

Kayser. **Uwagi do operacji zaćmy, w szczególności o powikłaniu z jaskrą.** Na podstawie 150 przypadków operacji wydobycia zaćmy podaje autor kilka praktycznych wskazówek. 1) Blepharotomia externa, dość wydatna, jest zabiegiem pomocniczym bardzo cennym, gdyż uniemożliwia choremu kurczenie powiek, i lepszym od bezwładu osiąganego głębokiemi wstrzykiwaniami nowokainy i adrenaliny (Lint). 2) Do otwarcia torebki zaleca K. szczypczyki torebkowe — znacznie rzadziej występuje zwichnięcie soczewki a wydobyta część torebki usuwa powikłania, które mogą powstać, gdy torebka przecięta dostanie się między brzegi ranki. 3) Powikłania w przebiegu leczenia. Zalicza tu K. przypadek, w którym 2. dnia po operacji wystąpiły na obwodzie rogówki liczne żółtawo-białe nacieki, które przy dalszem leczeniu uległy wessaniu. K. przypuszcza, że zmiany te w rogówce były następstwem zaburzeń w odżywianiu. Pozatem spostrzegał K., jako powikłanie, dwa przypadki zapalenia tęczówki na tle reumatycznem. 4) Powikłania z jaskrą wynoszą u K. 11,2% przypadków: a) jaskra przed wydobyciem zaćmy — 3 przypadki zaćmy starczej przy jaskrze, b) okres pęcznienia zaćmy nie musi być przyczyną powstania jaskry — przypadek jaskry na oku z soczewką prawidłową, podczas gdy pęczniejąca zaćma na oku drugiem wcale jaskry nie wywołała, c) jaskra, jako bezpośrednie następstwo wydobycia zaćmy — mimo to jest jaskrą pierwotną, gdyż skutki następowe po wydobyciu zaćmy nie mogły jeszcze zadziałać, d) przypadki jaskry, będące w związku z wessaniem i pęcznieniem resztek soczewkowych, e) przypadki jaskry w następstwie uwięźnienia tęczówki, torebki lub ciała szklistego, f) jaskry po dyscysji zaćmy wtórnej. Jaskra występująca po operacji zaćmy nie jest tak złośliwą, jak jaskra samoistna, i przebieg jej jest względnie dobry.

Weigelin. **Doświadczenia z leczeniem tuberkuliną przy gruźlicy oka.** Przypadki chorobowe dotyczyły przeważnie zmian umiejscowionych w przednim i tylnym odcinku jagodówki. Działanie tuberkuliny nie jest pewne, w ciężkich postaciach należy w każdym razie to leczenie zastosować.

Kayser. **Przypadek wnętrznego, powtarzającego się zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego.** Etjologja niejasna — gruźlica lub posocznicoropnica o nieznanych wrotach zakażenia.

Kayser. **Przypadek wrodzonego porażenia nerwu trójdzielnego i zupełnego wrodzonego braku łez.**

Lutz. **O rzadkiej postaci zaburzenia pola widzenia.** U młodego, dobrze zbudowanego i odżywionego robotnika tytoniowego z ujemnemi wywiadami powstaje w przeciągu 2 lat od doznanego lekkiego urazu czaszki zmiana w polu widzenia, rozpoczynająca się jako skrzyżowana obustronna nosowa tetrantanopsja (ćwiartka pola widzenia, w przeciwieństwie do hemiopsji), która przechodzi następnie w różnoimienne poziome niedowidzenie połowicze. Mimo znacznego upośledzenia siły wzroku pozostają źrenice wąskie, wytwarza się zanik nerwu wzrokowego, do którego przyłącza się później obraz wziernikowy, jak przy białkomoczowem zapaleniu siatkówki. Badanie radjograficzne w cztery lata po urazie wykazuje nieznaczne ścieńczenie tylnej ściany siodła. W końcu występuje brak powonienia. Badanie płynu mózgo-rdzeniowego wskazuje na wybitnie przewlekły proces chorobowy, przypuszczalnie na gruźlicę.

Lutz. **O przypadku skrzyżowanego połowiczego porażenia (Millard-Gubler) i kilka uwag co do przebiegu włókien rozszerzających źrenicę.** Badanie dna oka, które wykazuje przejście z neuroretinitis albuminurica w tarczę zastoinową, jak i obustronna utrata pobudliwości pionowych kanałów półkolistych, wskazują na to, że chory cierpiał na wzmożone ciśnienie śródczaszkowe, prawdopodobnie w następstwie guza położonego w pniu mózgu. Guz ten spowodował skrzyżowane porażenie połowicze, pozostawił jednak nienaruszone włókna sympatyczne, rozszerzające źrenicę.

Huppenbauer. **O okulistycznej praktyce u zachodnioafrykańskich murzynów.**

Erggelet. **Próby, dotyczące obucznego widzenia bryłowatego przy różnomiarowości oczu wysokiego stopnia.**

Piesbergen. **O polipowych wybujałościach we wnętrzu woreczka łzowego.**

Becker. **Dwanaście przypadków obustronnego zwyrodnienia plamki żółtej.**

Engelking. **O oddziaływaniu źrenicy przy wrodzonej całkowitej ślepocie na barwy.** Oddziaływanie źrenicy u osobników ślepych na barwy odróżnia się w sposób charakterystyczny od oddziaływania źrenicy u osobników odczuwających wszystkie barwy. Przy najsilniejszem przystosowaniu na światło brak odruchu świetlnego. Przy przystosowaniu do ciemności powstaje odruch źreniczny rzekomo w sposób prawidłowy — jednakże zależnie od siły bodźca tylko raz a najwyżej kilka razy.

Vogt. **Rysunek włókien nerwowych siatkówki ludzkiej w świetle bezczerwiennem.**

Holm. **Anatomicznie badany przypadek wrodzonego braku tęczówki.**

Rumbaur. **O gwiaździstych pozostałościach błony źrenicznej na przedniej torebce soczewki.**

Knapp. **Ślepota w następstwie pozagałkowego wylewu krwawego.**

Raffin. **O kile oczodołowej.** 1) U 22-letniej dziewczyny wystąpiło w osiem tygodni po zakażeniu kiłowe zapalenie okostnej górnego brzegu oczodołowego, powikłane w dalszym ciągu zapaleniem opony twardej mózgu, stwierdzonem anatomicznie przy zabiegu operacyjnem. Wczesne wystąpienie tak ciężkich zmian kiłowych tłumaczy R. tem, że zakażenie musiało być ciężkie a chora przeciwkiłowo nie była leczona.

2. Obustronny śluzoropotok woreczka łzowego. Okolica nosa i policzka naciekła, twarda, w szczególności część dolno-wewnętrzna brzegu oczodołowego. Leczenie przeciwkiłowe z wynikiem dodatnim.

Blaskovits. **O ustaleniu oka.** Wiadomem jest, jak zgubne skutki przy operacji zaćmy może pociągnąć za sobą skurcz powiek. By temu zapobiedz, sporządził B. instrument, nazwany przez niego rozwórką bezpieczeństwa. Modyfikacja polega na tem, że przy rozwórce Pretoriego z obu stron przymocowane są na ruchomych zawiaskach śrubki, które znajdują oparcie w okolicy nosa i skroni. Śrubki te podkręca się tak wysoko, żeby powieki dostatecznie były od samej gałki oddalone i nie mogły wywierać ucisku na gałkę. Podpórki śrubowe nic nie przeszkadzają przy wykonywaniu operacji. Zupełne unieruchomienie oka przy operacji zaćmy osiąga B. także przez założenie szwu w ścięgno mięśnia prostego.

Kyrieleis. **Przyczynek do obwodowego wyżłobienia i obwodowego wydęcia rogówki.** *W. Reis* (Lwów).

Bibljografja.

Piśmiennictwo niemieckie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften 1922. Zeszyt 8 (Sierpień). Monachium (J. F. Lehmann). Cena 24 mk. niem., zawiera: 1) Prof. Pick: O zmianach oddziaływań ustroju na trucizny i leki. 2) Prof. Strauss: Czy istnieje minimum tłuszczu dla odżywiania. 3) Laqueur: Nowe poglądy na działanie zabiegów fizycznych. 4) Staunig: Praktyczna rentgeno-spektrometrja. 5) Weil: Z kongresu seksuologicznego.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

I. Zjazd Pedjatrów Polskich.

Dokończenie.

Uchwały Zjazdu.

w sprawach organizacyjnych:

I.

W sprawie Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego:

Organizacja to siła. W myśl tej zasady Zjazd Pedjatrów uchwala, aby wszyscy lekarze, zajmujący się chorobami dzieci, zapisywali się na członków Towarzystwa Pedjatrycznego, czynnych lub popierających, i w ośrodkach, gdzie znajduje się przynajmniej 10-ciu pedjatrów, tworzyli oddziały miejscowe Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego.

II.

W sprawie pisma »Pedjatrja Polska«.

Celem popierania polskiej nauki lekarskiej o dziecku, Zjazd P. P. postanawia poprzeć wszelkiemi siłami wydawnictwo »Pedjatrji Polskiej«. W tym celu Zjazd nakłada moralny obowiązek na wszystkich Kolegów, aby zapisywali się w poczet prenumeratorów pisma, a oprócz tego w miarę możności przyczynili się do zebrania funduszu, któryby umożliwił utrzymanie wydawnictwa nadal i postawienie go na właściwym poziomie.

III.

W sprawie pisma »Opieka nad dzieckiem«.

I. Zjazd P. P. uznaje konieczność istnienia w Polsce organu do spraw opieki nad dzieckiem i matką: wzywa Polskie Towarzystwo Pedjatryczne do podjęcia wspólnie z P. A. K. P. D. (Polsko Amerykański Komitet Pomocy Dzieciom) starań o założenie perjodycznego pisma, poświęconego opiece nad dzieckiem i macierzyństwem pod tytułem »Opieka nad dzieckiem«.

IV.

W sprawie kolonji leczniczej im. Brudzińskiego w Busku.

I. Zjazd P. P. zebrany w dniu 8. i 9. września w Warszawie wyraża uznanie Rządowi Polskiemu, Radom miejskim i Sejmikom, oraz Zarządom Kas Chorych, które w zrozumieniu wielkiej doniosłości walki z gruźlicą dziecięcą, zorganizowały akcję współdzielczą, w celu budowy Sanatorjum dla dzieci zołzowatych w Busku. Zjazd wyraża nadzieję, że pozostałe miasta Polskie i Sejmiki, które nie zdążyły jeszcze przyłączyć się do tej akcji, przystąpią do niej w jak najkrótszym czasie.

V.

W sprawie pielęgniarek dla zakładów dziecięcych.

Zjazd P. P. uchwala, ażeby opieka nad chorem dzieckiem w szpitalach i klinikach była powierzona wyłącznie odpowiednio wyszkolonym, pielęgniarkom zawodowym, o wysokim poziomie moralnym i intelektualnym.

VI.

W sprawie ustawowego unormowania opieki nad dzieckiem.

Zjazd P. P. zwraca się do Pana Ministra Zdrowia Publicznego o uczynienie odpowiednich kroków, celem przyśpieszenia opracowania i zatwierdzenia przez Wysoki Sejm odpowiednich ustaw, normujących stosunek Państwa do potrzebujących pomocy i ochrony dzieci, kobiet ciężarnych, rodzących i matek karmiących.

VII.

W sprawie opieki nad noworodkiem.

Opieka pedjatrji nad dzieckiem nie objęła jeszcze dotąd pierwszego najważniejszego okresu życia. Noworodki w zakładach położniczych, znajdują się pod opieką niedostatecznie wykwalifikowaną w pielęgnowaniu akuszerek, w najlepszym razie pod kierunkiem akuszera, który z konieczności musi całą swoją uwagę poświęcić matce. Wobec tego Zjazd uchwala:

1. W zakładach położniczych powinny istnieć oddzielne sale dla noworodków;
2. Noworodki powinny znajdować się pod opieką wykwalifikowanych pielęgniarek, względnie akuszerek, wykształconych specjalnie w tym kierunku;
3. Sale noworodków powinny być prowadzone przez pedjatrę;
4. W szkołach akuszeryjnych o noworodkach ma wykładać pedjatra;
5. W wykształceniu pedjatrów należy położyć nacisk, jakiego dotąd brak, na naukę o higjenie, djetetyce i chorobach zakaźnych.

VIII.

W sprawie opieki nad matkami nieślubnemi.

W celu ratowania niemowląt matek nieślubnych należy zarzucić stosowany dotychczas system lokowania tych dzieci w żłóbkach i puszczanie matek na wolność, jako dający fatalne rezultaty: roztoczyć natomiast należytą opiekę nad matką w ten sposób, aby ona sama miała możność karmienia i wychowania swojego niemowlęcia.

IX.

W sprawie opieki nad psychicznym rozwojem dziecka.

1. Wobec tego, że dziecko od chwili przyjścia na świat jest istotą nader mało odporną na wszelkie czynniki szkodliwe — roztoczenie nad niem opieki higieniczno-wychowawczej od najwcześniejszych lat życia jest rzeczą pierwszorzędnego znaczenia.
2. Wobec tego, że fizyczny i duchowy rozwój dziecka podlega ciągłym wahaniom i uchyleniom od norm przeciętnych, co grozi mu szeregiem zawikłań i zaburzeń chorobowych, traktowanie spraw wychowawczych pod kątem widzenia profilaktycznym w ciągu całego rozwoju dziecka staje się konieczne i wskazane.
3. Wobec tego, że ogół rodziców jest mało uświadomiony, pod względem higjeniczno-wychowawczym, niezbędnem jest utworzenie poradni pedagogicznych, gdzie lekarze z udziałem pedagogów i psychologów mogliby udzielać wskazówek i rad zgłaszającym się rodzicom.

4. Wobec tego, że rozwój cielesny i duchowy dziecka we wszystkich okresach tego rodzaju jest ściśle zespolony, i że wychowanie dziecka powinno uwzględniać obie te dziedziny — wzajemnie od siebie uzależnione, pożądanem jest, aby lekarze pedjatrzy, psychologowie-wychowawcy i higjeniści szkolni, znajdowali się w ciągłej styczności ze sobą i w stałej współpracy.
5. Wobec tego, że zagadnienia higjeniczno - wychowawcze powinny być dokładnie znane ogółowi lekarzy, koniecznem jest, aby zamiar M-stwa W. R. i O. P. utworzenia przy wszystkich Uniwersytetach Polskich katedr higjeny szkolnej i wychowania fizycznego, był jak najrychlej wprowadzony w życie.

X.

W sprawie przeciążenia w szkole.

Wobec stwierdzonego przez lekarzy pedjatrów wzmożonego rozwoju gruźlicy u dzieci, zwłaszcza w wieku dojrzewania, który przypada na wiek szkolny, I. Zjazd P. P. w Warszawie uchwala zwrócić się do M. W. R. i O. P. z wnioskiem:
1. Aby wychowaniu fizycznemu w szkole i wzmacnianiu odporności ustroju poświęcono więcej, niż dotychczas, uwagi.
2. Aby ograniczono liczbę godzin, siedzenia na lekcjach w szkole, zwłaszcza w niższych klasach.
3. Aby zmniejszono zakres materjału naukowego, przypadającego na wiek dojrzewania.

XI.

W sprawie uzdrowisk polskich.
I. Zjazd P. P. wzywa Ministerstwo Zdrowia Publicznego do wydania podręcznika dla zapoznania lekarzy z uzdrowiskami polskiemi.
II. Zjazd wzywa Komitet organizacyjny Zjazdu Pedjatrycznego do zorganizowania w r. 1923 wycieczki dla zapoznania lekarzy z uzdrowiskami i sanatorjami w Polsce.

XII.

W sprawie walki z alkoholizmem.
1. Zjazd P. P. wita z całem uznaniem uchwalenie przez Sejm ustawy przeciw-alkoholowej, jako wyraz poważnej troski narodu o zdrowie obecnych i przyszłych pokoleń.
2. Zjazd P. P. uważa za niezbędne wprowadzenie do programu szkół powszechnych, średnich, a w szczególności seminarjów nauczycielskich, nauk o szkodliwości alkoholu.
3. Zjazd P. P. uważa za konieczne, aby lekarze szkolni w wykładach higjeny kładli większy nacisk na szkodliwość używania napojów alkoholowych, szczególnie przez młodzież.
4. Zjazd P. P. uważa za wskazane, ażeby do programu kursów uzupełniających dla nauczycieli i szkół powszechnych wprowadzono wykłady alkohologji.

XIII.

W sprawach ogólnych.

W sprawie wyrażenia uznania p. Zofji Szlenkierównie fundatorce szpitala im. Karola i Marji:

Uczestnicy I. Zjazdu P. P., zebrani na posiedzeniu inauguracyjnem w szpitalu im. Karola i Marji, wyrażają fundatorce tej wspaniałej Instytucji swe najgłębsze uznanie za zasługi poniesione na polu szpitalnictwa dziecięcego w Polsce.

XIV.

W sprawie wyrażenia uznania Dr. Szymonowi Starkiewiczowi:

Uczestnicy I. Zjazdu P. P. wyrażają Koledze Szymonowi Starkiewiczowi, niestrudzonemu działaczowi na polu opieki nad dzieckiem, wyrazy głębokiego uznania za owocną pracę przy wznoszeniu sanatorjum im. Brudzińskiego dla dzieci zołzowatych w Busku-Kieleckim.

XV.

W sprawie wyrażenia uznania Magistratowi m. Łodzi.

Po wysłuchaniu sprawozdania Prof. Michałowicza z działalności przeciwgruźliczej Magistratu m. Łodzi, uczestnicy I. Zjazdu P. P. wyrażają swe najgłębsze uznanie temuż za jego nader owocną pracę na polu zwalczania gruźlicy, przesyłają życzenia dalszych sukcesów na tej niwie, oraz żywią nadzieję, że praca Magistratu m. Łódzkiego będzie wzorem dla reszty samorządowych Instytucyj.

Przed zakończeniem Zjazdu postanowiono zwołać II. Zjazd Pedjatrów Polskich do Poznania po Wielkanocy 1924 r. i wybrano do Komitetu wykonawczego tej uchwały B. Krysiewicza, Br. Szulczewskiego i K. Jonschera z Poznania. Z proponowanych głównych tematów na ten Zjazd zasługują na uwagę sprawa gruczołów wewnętrznego wydzielania i anafilaksja.

Medycyna społeczna.

Dr. ROMAN ZAGÓRSKI. Kobierzyn.
Dyrektor Państw. Zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych.

W sprawie ubezwłasnowolnienia z powodu choroby psychicznej.

(Wykład, wygłoszony na III. Zjeździe psychjatrów polskich w Wilnie dnia 4 czerwca 1922).

Rozważając zagadnienie ubezwłasnowolnienia z powodu choroby psychicznej, należy przedewszystkiem określić wzajemny stosunek dwóch zasadniczej wagi dla zagadnienia tego pojęć, a to pojęcia nierozporządzalności i pojęcia ubezwłasnowolnienia.

Nierozporządzalnością nazywamy taki określony ustawą psychiczny lub prawny stan pewnej osoby, z którym ustawodawca wiąże niezdolność jej działań prawnych, względnie nieważność dokonanych przez nią takich działań; ubezwłasnowolnienie zaś jest urządzeniem prawnem, mającem na celu zapewnić opiekę prawną jednostce niezdolnej zarządzać swemi sprawami przy równoczesnem pozbawieniu jej rozporządzalności. — Szczegółowy rozbiór obu tych pojęć nie jest tu potrzebny; ważne dla celów naszych jest jedynie określenie wzajemnego stosunku tych pojęć do czynnika trzeciego, a to do choroby psychicznej. — Otóż choroba psychiczna czyni chorego nierozporządzalnym przez sam fakt swego wpływu na jego działanie, o ile tylko wpływ ten jest dostatecznie silny, uzasadnia zaś ubezwłasnowolnienie chorego o tyle, o ile czyni go niezdolnym do zarządzania swemi sprawami. Że chodzi tu o rzeczy różne, dowodzi następujący przykład: Pomieszanie ogólne (paranoia) jest chorobą psychiczną, która z reguły wywiera bardzo silny wpływ na działanie osoby nią dotkniętej, bynajmniej jednak nie znosi a priori zdolności jej do zarządzania swemi sprawami, jak o tem poucza codzienne doświadczenie. — Z tego wynika, że stosunek wzajemnej zależności nierozporządzalności i ubezwłasnowolnienia z powodu choroby psychicznej nie jest stosunkiem prostym, ale przeciwnie stosunkiem złożonym, częściowo zaś całkiem nie istnieje. Można tedy zostać uznanym za nierozporządzalnego, a nie zostać ubezwłasnowolnionym, natomiast ubezwłasnowolnienie pociąga za sobą, jako konieczny skutek, nierozporządzalność. Oprócz zatem nierozporządzalności, będącej skutkiem ubezwłasnowolnienia, istnieje jeszcze nierozporządzalność, będąca wynikiem samej tylko choroby psychicznej, czyli t. zw. nierozporządzalność naturalna. Pierwszy z tych rodzajów nierozporządzalności podlega stopniowaniu, chory bowiem może zostać ubezwłasnowolniony zupełnie lub częściowo, co za sobą pociąga zupełne lub częściowe pozbawienie go rozporządzalności; natomiast nierozporządzalność naturalna nie podlega stopniowaniu, czyli jest bezwzględna, gdyż w jej zakresie rozstrzyga tylko okoliczność, czy choroba psychiczna ma dostateczny wpływ na działanie dotkniętego nią człowieka, czy go nie ma. Obok tych dwóch rodzajów nierozporządzalności istnieje jeszcze rodzaj trzeci, a to nierozporządzalność z powodu wieku dziecięcego (górna granica 7 lat), która jest również bezwzględna.

Po tych uwagach wstępnych przechodzę do właściwego tematu, który sprowadza się w ten sposób 1) do zagadnienia nierozporządzalności z powodu choroby psychicznej, 2) do właściwego zagadnienia ubezwłasnowolnienia z powodu choroby psychicznej. — W obu tych zakresach należy ściśle określić postulaty psychjatryczne, poza tem zaś osobno jeszcze omówić te komplikacje zagadnienia ubezwłasnowolnienia, jakie wniosła ze sobą t. zw. nowa austrjacka ustawa o ubezwłasnowolnieniu, obowiązująca dotąd w Małopolsce.

ad 1). Zagadnienie nierozporządzalności z powodu choroby psychicznej jest zagadnieniem mieszanem, t. j. prawniczo-psychjatrycznem i stanowi pod tym względem analogję do zagadnienia niepoczytalności karnej. Wszystkie tedy zastrzeżenia, odnoszące się do niepoczytalności karnej, a mające na celu uzgodnienie i sprowadzenie do wspólnego mianownika rozbieżnych a częściowo nawet niewspółmiernych poglądów prawnika i psychjatry, znajdują zastosowanie — *mutatis mutandis* — i do nierozporządzalności, z wyjątkiem oczywiście dziedziny poczytalności zmniejszonej, która w zakresie nierozporządzalności naturalnej, jako bezwzględnej, nie ma swego odpowiednika. Zastrzeżenia te dają się ująć w następujące tezy:

a) W formułowaniu przepisu prawnego o nierozporządzalności należy unikać określeń sprzecznych z trybem i zazadami myślenia psychjatrycznego, jak n. p. »wolne określanie się woli« ustawy cywilnej niemieckiej, lub określeń niezgodnych z doświadczeniem psychjatrycznem, wykazującem niezwykłą doniosłość roli zaburzeń sfery afektu i woli

w chorobach psychicznych, jak n. p. »pozbawienie używania rozumu« dawnej austrjackiej ustawy cywilnej.

b) Do określenia jakości choroby psychicznej należy użyć terminów jak najbardziej ogólnikowych, a to ze względu na ciągły rozwój nauki psychjatrycznej, który czyni ustalanie w ustawie pewnych form czy jednostek, chorobowych, obecnie znanych i uznawanych, niepożądanem.

c) Do określenia stopnia natężenia choroby psychicznej, potrzebnego do przypisania jej takiego wpływu na działanie człowieka, jakiego wymaga ustawodawca, wskazane jest przeciwstawienie członowi psychjatrycznemu formuły stosownego członu psychologicznego, stwarzającego niejako dla pierwszego z nich rodzaj wędzidła. — Tu zapożyczając się u ustawodawstwa szwajcarskiego, proponuję odrazu ujęcie istoty tego członu psychologicznego w słowa »niezdolność działania zgodnie z rozsądkiem«.

Z powyższych tez wymaga omówienia jedynie druga. Człon psychjatryczny projektu przepisu prawnego o niepoczytalności karnej, przyjętego przez drugi Zjazd psychjatrów polskich w Poznaniu, wyszczególnia — jak wiadomo — chorobowe zaburzenie czynności psychicznych, względnie chorobliwy rozstrój psychiczny, niedorozwój psychiczny i zamroczenie świadomości, a takie jego ujęcie podyktowane zostało względami praktycznemi, z któremi przedewszystkiem liczyć się należało. Zachodzi pytanie, czy te same określenia są równie wskazane i w dziedzinie nierozporządzalności. W tym względzie zauważyć należy, że we współczesnem ustawodawstwie cywilnem usiłowania jakościowego zróżniczkowania ogólnego pojęcia choroby psychicznej idą w dwóch kierunkach: przeciwstawia się mianowicie 1) dłużej trwające lub chroniczne psychozy krótkotrwałym i przemijającym zaburzeniom psychicznym, 2) stany ograniczonych czasem i przebiegiem ostrych i przewlekłych psychoz (*Geisteskrankheit*) stanom trwałym, będącym, jako otępienie umysłu, końcowym wynikiem tych psychoz (*Geistesschwäche*). To drugie pojęcie obejmuje również niedorozwój psychiczny.

Pierwsze z tych przeciwstawień odgrywa ważną rolę w ustawie cywilnej niemieckiej, która w paragrafie 104 mówi jedynie o nieprzemijających chorobowych zaburzeniach czynności psychicznych, jako o czynniku nierozporządzalności, rezerwując dla przemijających zaburzeń czynności psychicznych osobny ustęp paragrafu 105, zaznaczający krótko, że ujawnienie woli, uczynione w stanie bezprzytomności (sic!) albo przemijającego zaburzenia czynności psychicznych, uważa się za nieistniejące. Takie stanowisko ustawodawcy niemieckiego tłumaczy się tem, że nierozporządzalność znosi zarówno zdolność czynienia, jak i zdolność przyjmowania w sposób wiążący prawnie ujawnień woli i że tej drugiej zdolności nie wyklucza przemijające rychło zaburzenie czynności psychicznych, skoro dla osoby dotkniętej takiem zaburzeniem istnieje możliwość przyjęcia po wygaśnięciu nieprawidłowego stanu umysłu jeszcze we właściwym czasie do wiadomości aktu woli postronnej. Chodzi tu zatem o konstrukcję czysto prawną, wobec której nie ma psychjatra powodu zajmować stanowiska czynnego.

Przeciwstawienie drugie, operujące pojęciami choroby psychicznej (*Geisteskrankheit*) i osłabienia — *sit venia verbo* — psychicznego (*Geistesschwäche*), znalazło zastosowanie zarówno w nowej austrjackiej ustawie o ubezwłasnowolnieniu, jak i w ustawie cywilnej szwajcarskiej. Posługuje się niem również i ustawodawca niemiecki, ale w znaczeniu zupełnie odmiennem. Pojęcia »*Geisteskrankheit*« i »*Geistesschwäche*« są dla niego pojęciami czysto prawnemi i oznaczają nie jakość, ale stopień schorzenia psychicznego, przyczem cięższe postacie schorzenia ujmuje on pojęciem »*Geisteskrankheit*«, lżejsze pojęciem »*Geistesschwäche*« bez względu na to, czy to odpowiada tym pojęciom w ich rozumieniu psychjatrycznem.

W zestawieniu z tem jakościowem zróżniczkowaniem ogólnego pojęcia choroby psychicznej okazuje nomenklatura polskiego członu psychjatrycznego następujące niedostatki. — Pojęcie chorobowego zaburzenia czynności psychicznych, względnie chorobliwego rozstroju psychicznego, jest tak obszerne, że dla celów nierozporządzalności wystarcza właściwie samo. — Dowodzi tego brzmienie paragrafu 104 ustawy cywilnej niemieckiej. — Wskazaniem dla takiego rozszerzenia pojęcia choroby psychicznej w formule prawnej o niepoczytalności karnej była konieczność objęcia tem pojęciem tych anormalnych stanów psychicznych natury zwyrodnieniowej, które przeważnie nie mieszczą się, ściśle biorąc, w pojęcin choroby psychicznej, a które w zagadnieniu niepoczytalności karnej odgrywają tak niezwykle ważną rolę. Stany te nie mają dla zagadnienia nierozporządzalności — przynajmniej o ile moje doświadczenie sięga — istotnego znaczenia. Użycie zatem w formule o nierozporządzalności zamiast tych określeń terminu »choroba psychiczna« uważam nie tylko za dopuszczalne, ale i za wskazane.

Niedorozwój psychiczny, stanowiący następne ogniwo członu psychjatrycznego, nie odpowiada, ściśle biorąc, pojęciu »*Geistesschwäche*« skoro to pojęcie »*Geistesschwäche*«, obejmuje oprócz niego wszystkie stany otępienia (*dementia*). Niewykształcona jednak i nieustalona terminologja psychjatryczna polska nie rozporządza jeszcze żadnym zdatnym do użytku terminem, któryby się posłużyć można jako równoważnikiem pojęcia »*Geistesschwäche*«, poza tem zaś stany, o których mowa, jako będące zejściem chorób psychicznych, można bez istotnego uszczerbku dla ścisłości podporządkować pojęciu choroby psychicznej.

Zamroczenie świadomości, będące ostatniem ogniwem członu psychjatrycznego, odpowiada pojęciu przemijającego zaburzenia czynności psychicznej ustawy cywilnej niemieckiej i, jako istotny wykładnik tych stanów psychicznych, które pod to pojęcie podpadają, nadaje się również do użycia w formule prawnej o nierozporządzalności.

Opierając się tedy o wszystkie powyższe wywody, proponuję następujące brzmienie przepisu prawnego o nierozporządzalności z powodu choroby psychicznej: »Nierozporządzalnym jest ten, kto wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju psychicznego lub zamroczenia świadomości niezdolny jest działać zgodnie z rozsądkiem«. O ile by ustawodawca nie zamierzał stanów przemijającego zaburzenia czynności psychicznych włączać do przepisu o nierozporządzalności, należałoby w tekście tym wykreślić słowa »lub zamroczenia świadomości«, a stany te i ich skutki ująć osobnym przepisem prawnym na wzór ustawy niemieckiej.

ad 2). Zagadnienie ubezwłasnowolnienia z powodu choroby psychicznej jest niewątpliwie jednem z najtrudniejszych zagadnień ustawodawczych. Komplikuje je przedewszystkiem ta okoliczność, że stawia ono w stosunek wzajemnej od siebie zależności cały szereg bardzo złożonych pojęć. I tak: celem ubezwłasnowolnienia ma być przedewszystkiem ochrona interesów i dobra chorego, środkiem wiodącym do tego celu — pozbawienie go rozporządzalności, warunkiem — niezdolność jego do zarządzania swemi sprawami, sprawiona chorobą psychiczną.

Następnie centralne niejako pojęcie zagadnienia, to jest niezdolność do zarządzania swemi sprawami, jest zawsze wypadkową dwóch niewiadomych, zarówno bowiem choroba psychiczna, jak i ten całokształt interesów chorego, który ustawodawca nazywa krótko jego sprawami, nie stanowią wartości stałych, ale przeciwnie obejmują swym pojęciowym zakresem szeroką skalę najróżnorodniejszych stanów od najprostszych do najbardziej złożonych.

Wreszcie zaprzeczyć się nie da, że między celem ubezwłasnowolnienia, którym ma być ochrona interesów i dobra chorego, a tak radykalnym środkiem jego urzeczywistnienia, jakim jest pozbawienie chorego rozporządzalności, zachodzi pewien rozdźwięk. — Rozdźwięk ten okaże się tem istotniejszym, skoro się zważy, że celem ubezwłasnowolnienia bywą dla ustawodawcy zazwyczaj także i zabezpieczenie t. zw. interesu ogólnego, względnie interesów osób postronnych, i że interesy te mogą pozostawać w sprzeczności z interesami i dobrem chorego; konieczne jest tedy należyte ustosunkowanie obu tych sfer interesów, jeżeli w poszczególnych przypadkach ubezwłasnowolnienie nie ma przynieść choremu raczej szkody, aniżeli korzyści.

Wobec tak rozlicznych i niezwykłych trudności zagadnienia ubezwłasnowolnienia ma ustawodawca, zasadniczo biorąc, do wyboru dwie metody postępowania, a to 1°. me-

todę, którą dla krótkości nazwę metodą szablonu (utypowienia), 2° metodę, którąbym określił jako metodę indywidualizowania ubezwłasnowolnienia. Pierwsza z tych metod, zrzekając się z góry z usiłowań jak najszerszego dostosowania ustawy do realnych potrzeb i interesów chorego, dąży do stworzenia jednego tylko typu ubezwłasnowolnienia, i to przymusowego, co znaczy, że psychicznie chory, niezdolny do zarządzania swemi sprawami, zostaje, względnie powinien być, względnie musi być w każdym przypadku ubezwłasnowolniony. Druga, t. j. metoda indywidualizowania, usiłuje jak najbardziej dostosować ustawę do realnych potrzeb i interesów chorego i przewiduje conajmniej dwa typy ubezwłasnowolnienia (zupełne i częściowe), i to tylko warunkowego, co znaczy, że psychicznie chory niezdolny do zarządzenia swemi sprawami nie musi, ale tylko może być ubezwłasnowolniony. Nie choroba psychiczna zatem, ani nawet jej wpływ na zdolność zarządzania swemi sprawami rozstrzyga według tej metody o ubezwłasnowolnieniu, ale przedewszystkiem sam rodzaj i stan spraw chorego, które mogą być i często bywają takie, że wogóle nie uzasadniają potrzeby opieki prawnej lub też bez uszczerbku dla chorego mogą być pozostawione do zawiadywania jego rodzinie. Nadto metoda ta dąży do ograniczenia zakresu stosowania ubezwłasnowolnienia przez tworzenie innych rodzajów opieki prawnej nad chorym, nienaruszających *a priori* jego rozporządzalności (przykładem niemiecka »Pflegschaft« lub szwajcarska »Beistandschaft«).

Obu metodom może być wspólne urządzenie prawne tymczasowego ubezwłasnowolnienia, stosowane w tych przypadkach istotnej potrzeby ochrony interesów i dobra chorego, kiedy postępowanie prawne o ubezwłasnowolnienie nie zostało jeszcze wdrożone, albo jest dopiero w toku.

Zarówno metoda szablonu (utypowienia), jak i metoda indywidualizowania, nie są bynajmniej wynikiem jakichś tylko zewnętrznych różnic w sposobie ujmowania zagadnienia ubezwłasnowolnienia. Mają one daleko głębsze uzasadnienie psychiczne w dwóch zupełnie odmiennych konstrukcjach myślowych. Pierwsza z tych konstrukcji, której wyrazem zewnętrznym jest metoda szablonu (utypowienia), kładzie nacisk nie tylko na ochronę interesów i dobra chorego, ale także na tak zwany interes publiczny i zagrożone przez chorego interesy osób drugich, widząc w nich motyw uzasadniający ubezwłasnowolnienie bez względu na to, czy się one pokrywają z dobrem i interesami chorego; natomiast wzgląd na niebezpieczeństwo niedostatecznie ewentualnie uzasadnionego pozbawienia chorego rozporządzalności ma dla niej zupełnie podrzędne znaczenie. Odwrotnie konstrukcja druga, której wyrazem jest metoda indywidualizowania ubezwłasnowolnienia, uzasadnia je jedynie i wyłącznie interesem i dobrem chorego, a to bez względu na t. zw. interes publiczny i zagrożone interesy osób drugich, które w charakterze motywu uzasadniającego ubezwłasnowolnienie uważa za niedopuszczalne, równocześnie zaś kładzie nacisk na konieczność jak najoględniejszego i najściślej uzasadnionego ograniczania wzgl. pozbawiania chorego rozporządzalności.

Obu tym konstrukcjom myślowym mogą towarzyszyć pewne wybujałości i dążenia do nadmiernego rozszerzenia ich wskazań ze strony ich zwolenników. Przykładów takich dążeń w zakresie drugiej z nich dostarczyła poddostatkiem historja ewolucji nowej austrjackiej ustawy o ubezwłasnowolnieniu, a to w postaci projektów instytucji tak zwanych mężów zaufania i trybunału rozjemczego, złożonego częściowo z laików, które miały zabezpieczać chorego przed nieprawidłowem pozbawieniem go rozporządzalności. Projekty te nie wytrzymały jednak rzeczowej krytyki i do ustawy nie przeszły. Ale dążenia do nadmiernego rozszerzania wskazań zdarzać się mogą wszędzie; rzecz jasna, że są one szczególnie niebezpieczne w tak trudnej dziedzinie, jak zagadnienie ubezwłasnowolnienia. To też należy zawsze pamiętać o tej zasadzie, że chcieć wszystko przewidzieć i wszystkiem zapobiec, znaczy częściej szkodzić, aniżeli pomagać.

Obok dwóch zasadniczych metod ujmowania zagadnienia ubezwłasnowolnienia daje się pomyśleć jeszcze metoda pośrednia, będąca niejako ich kompromisem. Wynikiem zastosowania takiej kompromisowej metody jest z pośród znanych mi ustaw ustawa cywilna szwajcarska. Przyjmuje ona tylko jeden typ ubezwłasnowolnienia (częściowe) i czyni je przymusowem, wprowadza jednak oprócz tego tak zwane dobrowolne ubezwłasnowolnienie oraz odrębny rodzaj opieki prawnej nad chorymi, nienaruszający *a priori* ich rozporządzalności (t. zw. »Beistandschaft«).

Zachodzi teraz rozstrzygającej wagi pytanie: którą z metod ujęcia zagadnienia ubezwłasnowolnienia należy zastosować do polskiej ustawy o ubezwłasnowolnieniu, mającej powstać w miejsce trzech wzgl. czterech ustaw zaborczych, z pośród których ustawy byłego zaboru rosyjskiego posługują się metodą szablonu (utypowienia), ustawy zaś zaboru niemieckiego i austrjackiego — jakkolwiek z ważnemi różnicami w szczegółach — metodą indywidualizowania. Nie ulega dla mnie wątpliwości, że tylko metodę indywidualizowania. Jest ona na wskróś nowoczesna, stawia, jako wytyczny cel, wyłącznie tylko interes i dobro chorego, odpowiada zarówno pojęciom psychiatry, jak i prawnika, oznacza pod każdym względem postęp. Formułuję tedy postulaty psychiatryczne w sprawie ubezwłasnowolnienia w sposób następujący:

Polska ustawa o ubezwłasnowolnieniu powinna 1. być oparta o zasadę warunkowości (fakultatywności) i dwustopniowości ubezwłasnowolnienia, 2. przewidywać urządzenie prawne t. zw. tymczasowego ubezwłasnowolnienia, 3. stać na wyłącznem stanowisku interesu i dobra chorego, a nie dopuszczać interesu ogólnego lub interesu osób postronnych w charakterze motywu, uzasadniającego ubezwłasnowolnienie, 4. być uzupełniona przepisami prawnemi, normującemi obok uwłasnowolnienia jeszcze taki rodzaj opieki prawnej nad psychicznie chorymi, któryby nie naruszał *a priori* ich rozporządzalności.

Oczywiście powyższe postulaty nie wyczerpują bynajmniej całokształtu sprawy. Pozostaje do omówienia wiele mniej lub więcej ważnych szczegółów, dotyczących n. p. dopuszczalności zawierania małżeństwa przez chorych częściowo ubezwłasnowolnionych, obowiązkowego podawania do wiadomości ogółu dokonanego ubezwłasnowolnienia, wdrażania i przebiegu postępowania prawnego o ubezwłasnowolnienie, sprawy znawców i t. d. Wszystkie te jednak szczegóły właśnie dlatego, że są szczegółami, mają w tej chwili znaczenie drugorzędne i powinny być dyskutowane dopiero w późniejszych okresach rozpraw nad ubezwłasnowolnieniem. Jedna jest tylko sprawa, która wskutek niezwykłej swej wagi wymaga omówienia już teraz. Jest nią sprawa rozszerzenia zakresu ubezwłasnowolnienia na tych alkoholików i narkomanów, którzy nie podpadają dla ustawodawcy pod najszerzej nawet zakreślone zbiorowe pojęcie choroby psychicznej. Mówić przed zgromadzeniem psychiatrów o doniosłości potrzeby zwalczania alkoholizmu, znaczyłoby wybijać otwarte drzwi. Ograniczę się zatem do stwierdzenia, że prawidłowa i skuteczna walka z alkoholizmem i pokrewnemi mu stanami nie rokuje dostatecznego powodzenia bez możności zagrożenia osób takich ubezwłasnowolnieniem wzgl. bez ich ubezwłasnowolnienia. Sam przepis prawny — przynajmniej w zakresie opilstwa — tu nie wystarczy; doświadczenie poucza, że konieczne jest, aby prawo do postawienia wniosku o ubezwłasnowolnienie przysługiwało także prokuratorowi państwa, ani bowiem rodzina alkoholika ani inne uprawnione do tego instancje nie odważą się najczęściej z obawy przed jego zemstą wystąpić z takim wnioskiem. Aby umożliwić prokuratorowi wmieszanie się w sprawę i w uwzględnieniu niezwykłej jej wagi społecznej, uważam za konieczne dopuścić w tym jednym przypadku zagrożony interes publiczny wzgl. bezpieczeństwo osób postronnych w charakterze motywu uzasadniającego ubezwłasnowolnienie.

Pozostają jeszcze do omówienia zastrzeżenia psychiatryczne co do sformułowania zasadniczego przepisu o ubezwłasnowolnieniu, Oczywiście nie mogą one być inne, jak dla nierozporządzalności. Wyjątek stanowią tylko przemijające rychło zaburzenia czynności psychicznych, ujęte tam krótko w określenie zamroczeń świadomości, nie mogą one bowiem z natury rzeczy uzasadniać ubezwłasnowolnienia. Zachodzi jedynie wątpliwość, czy nie należy ograniczyć zakresu choroby psychicznej dodaniem słowa »nieprzemijająca«. Mojem

zdaniem: nie, a to z następujących powodów: 1. Przepis zasadniczy o ubezwłasnowolnieniu musi i tak być uzupełniony przepisem opiewającym, że ubezwłasnowolnienie ma być zniesione, skoro ustanie przyczyna, która je spowodowała. Przepis ten zabezpiecza dostatecznie ubezwłasnowolnionego, o ileby został ubezwłasnowolniony z powodu uleczalnej choroby psychicznej. 2. Dodatek »nieprzemijająca« zabezpieczy może przed nieporozumieniami, któreby z braku jego mogły wyniknąć, ale w ich miejsce stworzy inne, kto wie, czy nie poważniejsze. Poszczególna faza psychozy maniakalno-depresyjnej jest np. uleczalna, a więc przemijająca, trwać jednak może latami i uczynić chorego koniecznie potrzebującym ubezwłasnowolnienia.

Proponuję tedy następujący tekst zasadniczego przepisu prawnego o ubezwłasnowolnieniu, opierając go prawie bez zmian o analogiczny tekst nowej ustawy austrjackiej, którego redakcję uważam za wzorową: »Osoby wyżej 7 lat, które wskutek choroby psychicznej lub niedorozwoju psychicznego są niezdolne zarządzać swemi sprawami, mogą być zupełnie ubezwłasnowolnione. Osoby pełnoletnie, które wprawdzie nie są niezdolne zarządzać swemi sprawami, ale wskutek choroby psychicznej lub niedorozwoju psychicznego potrzebują do należytego zarządzania swemi sprawami doradcy, mogą być częściowo ubezwłasnowolnione. Osoby pełnoletnie mogą być nadto częściowo ubezwłasnowolnione, jeżeli wskutek nałogowego nadużywania alkoholu lub trucizn nerwowych zagrażają sobie lub rodzinie niedostatkiem, albo zagrażają bezpieczeństwu drugich, albo potrzebują doradcy do należytego zarządzania swemi sprawami. Zupełnie ubezwłasnowolniony równa się co do nierozporządzalności dziecku poniżej 7 lat. Należy mu wyznaczyć kuratora. Częściowo ubezwłasnowolniony równa się co do nierozporządzalności własnowolnemu niepełnoletniemu i otrzymuje doradcę. Ubezwłasnowolnienie ma być zniesione, skoro ustanie przyczyna, która je spowodowała«.

Przystępuję z kolei do omówienia tych komplikacyj zagadnienia ubezwłasnowolnienia, które wniosła ze sobą nowa austrjacka ustawa z 28/6 1916. Komplikacje te polegają na włączeniu do ustawy o ubezwłasnowolnieniu zupełnie odrębnego członu, dotyczącego kontroli sądowej nad zakładami psychiatrycznemi. Istotę tej kontroli stanowi t. zw. postępowanie detencyjne, którego zadaniem jest przeprowadzanie w każdym poszczególnym przypadku dochodzeń, czy zatrzymanie chorego w zakładzie (detencja) jest dopuszczalne, czy nie. Sprawdzianem dopuszczalności jest wbrew odmiennemu zapatrywaniu Prof. Wachholza, wyrażonemu w jego »Podręczniku medycyny sądowej« z r. 1919., nie jakość i stan choroby psychicznej oraz niebezpieczeństwo, jakie ona może przedstawiać dla samego chorego bądź też dla ogółu wzgl. osób postronnych, ale jedynie i wyłącznie okoliczność, czy zatrzymany w zakładzie jest zdrowy, czy chory psychicznie. W pierwszym przypadku ma sąd orzec niedopuszczalność, w drugim dopuszczalność zatrzymania, a to bez względu na jakiekolwiek inne okoliczności.

Licząc się z faktem dokonanym, trzeba tu odpowiedzieć na pytanie, wagi zasadniczej czy wprowadzenie kontroli nad zakładami psychiatrycznemi, idącej w kierunku wytyczonym przez austrjackiego ustawodawcę, jest uzasadnione, a jeżeli jest, jaka postać takiej kontroli byłaby najstosowniejsza.

Istotnej rzeczowej potrzeby wprowadzania tego rodzaju kontroli nad zakładami psychiatrycznemi — przynajmniej zdaniem ogółu psychiatrów — niema; istnieją jednak następujące ważne okoliczności, które wprowadzenie takiej kontroli czynią wskazanem: a) Zakłady psychiatryczne mają charakter zakładów zamkniętych, zasadniczym zaś warunkiem przyjęcia chorego może być z natury rzeczy tylko świadectwo lekarskie. Konstelację tę wyzyskuje pewna grupa chorych i ich poplecznicy, rozsiewając pogłoski o przytrzymywaniu w zakładzie ludzi psychicznie zdrowych, co niepokoi opinję publiczną i wzbudza wątpliwości nawet u czynników ustawodawczych. b) W zakładach psychiatrycznych przebywają chorzy najczęściej wbrew swej woli, z punktu zatem widzenia prawnego zachodzi tu prawie zawsze ograniczenie wolności osobistej, którego uzasadnienie powinno podlegać kontroli. c) Niektóre postacie chorób psychicznych nie zostały jeszcze należycie przez naukę ustalone i zachodzą co do nich zasadnicze różnice zdań. Przykładem t. zw. idjotyzm moralny. d) Ocena psychiatryczna, zwłaszcza t. zw. stanów pogranicznych, bywa tak sprzeczna, że może budzić nie tylko u ogółu, ale i w kołach prawników przeświadczenie, iż uznanie kogoś za psychicznie chorego może być wyrazem zupełnie podmiotowych zapatrywań psychiatry.

Z pośród trzech możliwych postaci kontroli nad zakładami psychiatrycznemi postać ogólnego psychiatryczno-administracyjnego nadzoru ze strony władzy zwierzchniej jest niewystarczająca, postać kontroli społecznej wzgl. psychiatryczno-sądowo-społecznej — mojem zdaniem — opinji nie uspokoi, a dopuszczając do zakładów w roli kontrolorów nieodpowiedzialnych i nieskrępowanych stanowiskiem urzędowem laików, narazić może szpitalnictwo psychiatryczne na nieobliczalne niebezpieczeństwa; jedynie zatem sądowa kontrola nad zakładami stanowi skuteczny środek, zabezpieczający zakłady przed nieuzasadnionemi zarzutami przytrzymywania ludzi zdrowych i czyniący zadość wymaganiom ustawodawcy.

Opierając się tedy zarówno o powyższe wywody, jak i o doświadczenie osobiste na punkcie stosowania przepisów detencyjnych w Zakładzie kobierzyńskim, oświadczam się za utrzymaniem wzgl. wprowadzeniem kontroli sądowej nad zakładami psychiatrycznemi; ze względu jednak na okoliczność, że państwowe Zakłady psychiatryczne oraz te zakłady, które przez kompetentne władze państwowe zostaną uznane za równorzędne państwowym, z natury swego charakteru zapewniają ustawodawcy wysoki stopień gwarancji, jestem zdania, że przynajmniej co do tych zakładów powinno postępowanie detencyjne mieć charakter wyłącznie tylko fakultatywny, a nie obowiązkowy.

Streszczając moje wywody, dochodzę do następującego wniosku: Należy oświadczyć się za metodą jak najbardziej indywidualizującego traktowania zagadnienia ubezwłasnowolnienia i ustalić następujące zasadnicze postulaty psychiatryczne w sprawie polskiej ustawy o ubezwłasnowolnieniu:

1. Ustawa ta powinna: a) stać wyłącznie na stanowisku interesu i dobra chorego i wszystkie szczegółowe przepisy prawne dostosować do tego zasadniczego wskazania, b) być oparta o zasadę warunkowości (fakultatywności) i dwustopniowości ubezwłasnowolnienia, c) przewidywać t. zw. tymczasowe ubezwłasnowolnienie, d) normować także taki rodzaj opieki prawnej nad psychicznie chorymi, któryby w przeciwieństwie do właściwego ubezwłasnowolnienia nie naruszał *a priori* ich rozporządzalności.

2. Ustawa ta powinna nadto obejmować zakresem swego działania tych alkoholików i narkomanów, którzy nie podpadają dla ustawodawcy pod ogólne pojęcia choroby psychicznej, zastrzegając prawo stawiania wniosku o ich ubezwłasnowolnienie także prokuratorowi państwa.

3. Jest wskazane, aby przepis prawny o nierozporządzalności miał następujące brzmienie: »Nierozporządzalny jest ten, kto wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju psychicznego lub zamroczenia świadomości niezdolny jest działać zgodnie z rozsądkiem«. O ileby ustawodawca zamierzał przemijające zaburzenia czynności psychicznych traktować oddzielnie, należałoby w tekście powyższym wykreślić słowa »lub zamroczenia świadomości«.

4. Brzmienie § I. i drugiej części § II. austrjackiej ustawy o ubezwłasnowolnieniu z 28/6 1916 odpowiada w zupełności postulatom psychiatrycznym z wyjątkiem mianownictwa członu psychiatrycznego § 1., który powinien zawierać określenia członu psychiatrycznego proponowanego pod 3. przepisu prawnego o nierozporządzalności z wypuszczeniem ostatniego ogniwa tego członu, t. j. zamroczenia świadomości.

5. Licząc się z dokonanym faktem włączenia do obowiązującej dotąd w Małopolsce austrjackiej ustawy o ubezwłasnowolnieniu z 28/6 1916 przepisów prawnych o kontroli sądowej nad zakładami psychiatrycznemi w postaci t. zw. postępowania detencyjnego, należy nie oświadczyć się zasadniczo przeciwko takiej kontroli, uznać jednak za koniecznie wskazane, aby postępowanie detencyjne miało — przynajmniej co do państwowych Zakładów psychiatrycznych, które przez kompetentne Władze państwowe uznane zostaną za

równorzędne Zakładom państwowym — charakter wyłącznie tylko fakultatywny.

Sprawy zawodowe.

Związek Lekarzy Małopolski i Śląska Cieszyńskiego w Krakowie

Protokół 221 posiedzenia Wydziału w dniu 4 września 1922.

Uchwalono zwrócić się z memorjałem do prezydenta ministrów, prof. Dra Juljana Nowaka o polecenie ostatecznego podwyższenia taks sądowolekarskich.

Wysłano zawiadomienie do Województwa we Lwowie o zawiązaniu Koła w Sanoku i Krośnie, a za trudy około utworzenia kół uchwalono podziękować Drowi Ramerowi w Sanoku, oraz Dr. Sieglowi i Dr. Jasińskiemu w Krośnie.

Przyjęto do wiadomości protokół konstytuującego zgromadzenia członków Koła w Krośnie.

Uchwalono umieścić w Polsk. Gaz. lek. ostrzeżenie przed przyjmowaniem posad lekarskich w Brackiej Kasie chorych w Królewskiej Hucie.

Zwrócono się do Zarządu Pow. Kasy chorych w Cieszanowie o podanie przyczyny wypowiedzenia posady Dr. K., a do Zarządu Pow. Kasy ch. w Sanoku o podanie powodu usunięcia z posady Dr. R. Zwrócono się do Zarządu Pow. Kasy chorych w Tarnowie z propozycją przydzielania do rozstrzygania wszelkich spraw lekarskich tamtejszemu lekarzowi naczelnemu celem uniknięcia zatargów.

Uchwalono podjąć starania o ostateczne ukształtowanie Koła w Rzeszowie na powiat rzeszowski i 2 lub 3 sąsiednie, a to za pośrednictwem członka Wydziału Dr. Hinzego z Rzeszowa; Koła w Białej dla powiatu bialskiego, oświęcimskiego i żywieckiego za pośrednictwem Dr. Kwiecińskiego, Dr. Jurasa i Dr. Sroczyńskiego; Koła w Nadwórnie dla powiatu nadwórniańskiego i 2 lub 3 sąsiednich; Koła w Dębicy dla powiatu ropczyckiego i sąsiednich za pośrednictwem Dr. Milleta; Koła w Przemyślu dla powiatu przemyskiego i sąsiednich za pośrednictwem Dr. F. Dorosza; Koła w Tarnopolu dla powiatu tarnopolskiego, zborowskiego, skałackiego, zbaraskiego i trębowelskiego za pośrednictwem Dr. Rappaporta; Koła w Czortkowie dla powiatu czortkowskiego, borszczowskiego i husiatyńskiego za pośrednictwem Dr. Baczyńskiego. Kołu w Tarnowie przydzielono powiat tarnowski, dąbrowski i pilzneński.

Uchwalono wysłać delegata do Chrzanowa celem zatwierdzenia umowy między Zarządem Pow. Kasy chorych, a jej lekarzami. Stosownie do cennika, uchwalonego przez Związek, lekarze tamtejsi uzyskali znaczne podwyższenie płac i opłat za wyjazdy i operacje u chorych.

Do opracowania nowego cennika dla lekarzy, pracujących w Kasach chorych, wybrano komisję z 9 członków.

Do Związku zostali przyjęci: Dr. Nodzyński Bolesław, dyr. szpit. z Bochni, Dr. Balicki Stanisław i Dr. Spalke Zygmunt, prym. ze Lwowa, Dr. Robel Wiktor z Sanoka, Dr. Ambos Samuel z Łopatyna, Dr. Lic Roman z Ropczyc, Dr. Feit Henryk i Dr. Rosenfeld Karol z Tarnopola, Dr. Prinz Henryk ze Starego Sącza, Dr. Radwański Stanisław z Oświęcima, Dr. Starzewski Józef z Rzeszowa, Dr. Danilewicz Jan z Zakopanego, Dr. Kosiatowa Ludmiła z Łącka, Dr. Molkner Bernard, Dr. Bielatowicz Marjan, Dr. Schenklowa Bronisława z Tarnowa, Dr. Gąsiorowski Stan. Karol, Dr. Boczar Stan., Dr. Gawroński Fr. Ksawery, Dr. Marcyaniak Franciszek, prof. Dr. Godlewski Emil, doc. Dr. Oszacki Aleksander, Dr. Gaik Jan i Dr. Mameczyn Włodz. z Krakowa. Razem członków 673.

Do Kasy Pogrzebowej przyjęci: Dr. Balicki, Dr. Robel, dyr. Dr. Nodzyński, Dr. Molkner, Dr. Mischke Tadeusz z Zakopanego, dyr. Dr. Kozłowski Bron. z Drohobycza, Dr. Ambos, Dr. Prinz, Dr. Gąsiorowski, Dr. Boczar, Dr. Sussmann Sender z Bursztyna, Dr. Gawroński, prof. Dr. Godlewski, Dr. Marcyaniak, Dr. Gaik, prym. Dr. Spalke, Dr. Feit, doc. Dr. Oszacki, Dr. Bielatowicz, Dr. Schenklowa, Dr. Piotrowski Kaz. z Krakowa, Dr. Danilewicz, Dr. Kosiatowa, Dr. Mameczyn, Dr. Rappaport Samuel z Tarnopola, Dr. Rosenfeld Karol, Dr. Radwański i Dr. Zielonka Michał z Opatowa kieleckiego z zastrzeżeniem, o ile przystąpi do Związku.

Razem członków 588. Premja pogrzebowa 550.000 Mk.

Dr. Kostecki, sekretarz. *Dr. Żydłowicz*, wiceprezes.

Ustawy i rozporządzenia sanitarne.

Ustawa z dnia 2 grudnia 1921 w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem.

(Dz. ust. N. 105. poz. 762.).

Ustawa ta nie określa wyraźnie pojęcia »praktyki lekarskiej«, odróżnia jednak (w artykułach 12, 13 i innych) od wykonywania praktyki lekarskiej, »wykonywanie innych czynności lekarskich, do których potrzebny jest przepisany prawem dyplom uniwersytecki« — zatem ustawodawca ma widocznie na myśli, mówiąc o praktyce lekarskiej, udzielanie porad i pomocy lekarskiej chorym, co również z pewnych określeń w art. 2. ustawy wynika.

Ponadto ustawa wyróżnia jeszcze stałe wykonywanie praktyki lekarskiej«, z którem łączą się pewne obowiązki, nie obarczające więc »niestałego«, tedy przygodnego wykonywania praktyki.

Prawo wykonywania praktyki lekarskiej mają w Polsce osoby, które: A) są obywatelami Państwa Polskiego; B) posiadają dyplom lekarski, wydany lub uznany (nostryfikowany) przez jeden z Wydziałów lekarskich polskich Uniwersytetów państwowych; C) odbyły jednoroczną praktykę szpitalną bądź w okresie studjów uniwersyteckich, bądź po ich ukończeniu; D) nie zostały ubezwłasnowolnione wskutek choroby umysłowej.

(Art. 2.).

Od nostryfikacji wolne są dyplomy uzyskane w państwach zaborczych przed wyzwoleniem Polski.

Jednoroczna praktyka szpitalna obowiązywać ma dopiero od dnia wydania rozporządzenia przez Ministra zdrowia o praktyce szpitalnej, zatem obecnie jeszcze nie stanowi warunku nieodzownego do wykonywania praktyki lekarskiej. Jedynie osoby, posiadające powyższe kwalifikacje, mogą leczyć chorych w Państwie Polskiem i im tylko przysługa tytuł »lekarza«.

Kto postępuje wbrew tym postanowieniom ustawy, ulega karze, określonej w art. 9., mianowicie karą aresztu do 6 tygodni i grzywnie do 50.000 Mp. lub jednej z. tych kar. Zasądzenie następuje w drodze administracyjnej.

Na podstawie tych przepisów walka z partaczami leczniczymi w Polsce będzie ogromnie ułatwiona, nie potrzeba już bowiem do istoty czynu karygodnego, by leczenie partackie odbywało się w sposób zarobkowy, jak tego wymaga kodeks karny austrjacki, i kara orzeczoną być może nawet w razie bezinteresownego partaczenia wskutek źle pojętego humanitaryzmu.

Posiadanie wymienionych kwalifikacyj daje prawo wykonywania praktyki lekarskiej, z którego można korzystać lub nie korzystać. Osoby, pragnące z niego korzystać, są obowiązane jeszcze zadość uczynić pewnym formalnym wymogom, a mianowicie zarejestrować się w II. Instancji administracyjnej i dopiero wtedy otrzymują urzędowe uprawnienie do wykonywania praktyki lekarskiej. Najdalej w ciągu 14 dni od zarejestrowania osoby te winny zgłosić się we właściwej Izbie lekarskiej celem zapisania się na liście lekarzy Izby.

W braku rozporządzenia wykonawczego do omawianej ustawy w Województwie lwowskiem, a zapewne i w innych, uproszczono proceder rejestracji za wiedzą Ministerstwa w ten sposób, że rejestracji dokonuje I. Instancja (Starostwo), wypełniając po sprawdzeniu dokumentów trzy karty rejestracyjne na przepisanym formularzu i zachowując 1 egzemplarz, a przesyłając 2 inne do Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia, gdzie znowu 1 kartę rejestracyjną składa się do aktów a drugą odsyła do Ministerstwa.

W pewnych wypadkach ustawa (w art. 4.) upoważnia Ministerstwo Zdrowia do udzielania na określony przeciąg czasu prawa wykonywania praktyki lekarskiej także osobom, nieposiadającym warunków wyżej podanych. Osoby te w myśl wyraźnego przepisu ustawy (art. 4.) »podlegają obowiązkowi zapisania się na liście lekarzy właściwej Izby«, a zatem także obowiązkowi zarejestrowania się u Władzy administracyjnej.

Prawa wykonywania praktyki lekarskiej lekarz może być pozbawionym na stałe lub na pewien czas określony: a) w drodze postępowania sądowego w wypadkach przez ustawy karne przewidzianych; b) na podstawie prawomocnego wyroku Sądów Izb lekarskich (art. 10.).

Lekarz może sam zrzec się prawa wykonywania praktyki lekarskiej, lecz winien o tem zawiadomić właściwy Urząd Wojewódzki i Izbę lekarską.

Ustawa normuje niektóre obowiązki lekarza a w szczególności:

1. Obowiązek tajemnicy lekarskiej określa art. 11. ustawy, który dla ważności dosłownie przytaczamy: »Lekarz jest obowiązany do zachowania w tajemnicy wszystkiego, co spostrzeże, usłyszy, lub przeniknie podczas i na skutek wykonywania swego zawodu. Wyjątek od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej stanowią wypadki: a) w których powierzający tajemnicę, dotyczącą tylko jego samego, lub jego ustawowy zastępca (opiekun, kurator i t. p.) zezwolą na jej ujawnienie, a lekarz nie dostrzeże w jej ujawnieniu krzywdy chorego; w tych wypadkach wyjawienie tajemnicy może być dokonane jedynie osobie przez nich wskazanej; b) w których powierzający tajemnicę jest niewłasnowolnym; w tych wypadkach lekarz, o ile nie dostrzeże w ujawnieniu powierzonej mu tajemnicy krzywdy chorego, winien na żądanie ustawowego zastępcy tegoż wyjawić powierzoną mu tajemnicę; c) w których zastosowanie tajemnicy może spowodować niebezpieczeństwo dla otoczenia pod względem zdrowia i życia; d) kiedy lekarz w pomocy, udzielonej przez siebie członkom Kas chorych na zlecenie i na rachunek tychże, będzie zapytany w drodze urzędowej przez władze Kas chorych, które są obowiązane do bezwzględnego zachowania tajemnicy lekarskiej«.

»Co do obowiązku świadczenia wobec władz lub doniesienia do władz pozostają w mocy istniejące przepisy prawne«.

Krytyka i bliższe zanalizowanie tego artykułu ustawy wymagałyby osobnego dłuższego traktatu.

2. Obowiązki niełączenia z wykonywaniem zawodu lekarskiego zajęć, które przeczą powadze zawodu (art. 12.).
3. Obowiązek niesienia pomocy lekarskiej w każdym nagłym wypadku, grożącym choremu śmiercią (art. 14.). Obowiązek ten ciąży tylko na lekarzu, który nie zrzekł się stałego wykonywania praktyki lekarskiej.
4. Obowiązek świadczeń na rzecz państwa w wyjątkowych wypadkach, wywołanych koniecznością zwalczania groźnych chorób zakaźnych (epidemij) lub gromadnych zachorowań, występujących na skutek klęsk elementarnych. Każdy lekarz zarejestrowany i wpisany na listę lekarzy Izby aż do ukończenia 40. roku życia może być w tych wypadkach powołany do publicznej cywilnej służby zdrowia.
5. Obowiązek zawiadomienia Starostwa i Izby lekarskiej o miejscu wykonywania praktyki, jak również o każdej zmianie adresu.
6. Obowiązek przyjęcia honorarjum według urzędowego cennika, o ile nie zawarto umowy o należność bądź za oddzielną poradę, bądź za zabieg lekarski lub leczenie dłuższe.
7. Obowiązek przyjmowania posad kontraktowych tylko na podstawie umów, uwzględniających normy pracy i skalę płac dla takich posad, ogłoszone przez Izbę lekarską (art. 22.). Oczywiście ten obowiązek, wyraźnie w ustawie na lekarzy nałożony, jest zarazem najcenniejszą zdobyczą stanu lekarskiego, gdyż Izby lekarskie mogą na tej podstawie wprost jednostronnie dyktować warunki posad kontraktowych, zarówno prywatnych, jak publicznych, a posiadając rozległą egzekutywę, przyznaną w ustawie o Izbach lekarskich, mogą zmusić nawet oporne jednostki do solidarności.

Z innych postanowień ustawy omawianej należy jeszcze nadmienić, że zezwala ona (art. 17.) pod pewnemi warunkami na praktykę wędrowną lekarzy, a niektórym kategorjom lekarzy, między innemi lekarzom specjalistom, nadaje nieograniczone prawo wykonywania praktyki stale i w stale uprzednio oznaczonych terminach w kilku miejscowościach. Postanowienie to mogłoby nasuwać obawy nadużyć na podstawie dotychczasowych doświadczeń, zwłaszcza przy tworzeniu pracowni lekarsko-dentystycznych w kilku miastach, lecz wielkie rygory, jakiemi będzie rozporządzała Izba lekarska, dają pewność, że takie nadużycia łatwo będzie poskromić.

Ustawa w końcu ustanawia ściśle przepisy co do wydawania świadectw lekarskich (art. 23.). Wolno wydawać świadectwa tylko na podstawie bezpośrednio dokonanego lub uprzedniego własnego badania.

W każdem świadectwie stanu zdrowia lekarz winien a) wskazać cel jego wydania oraz na czyje ręce i na czyje żądanie je wydał; b) dokładnie wymienić imię i nazwisko oraz sposób stwierdzenia tożsamości badanej osoby, jak również jej wieku i miejsca zamieszkania; c) zaznaczyć, w razie ich stwierdzenia, rozpoznanie cierpienia lub choroby. Rozpoznanie można opuścić, jeśli dla wydania świadectwa jest zbyteczne lub jeśli nasuwa wątpliwości pod względem obowiązku tajemnicy lekarskiej.

M.

Nowy Dom Akademicki.

Otrzymujemy następujące pismo z prośbą o umieszczenie:

Z bieżącym rokiem szkolnym, otwiera się we Lwowie Nowy Dom Akademicki przy ul. Pijarów 55, w którym znajdzie pomieszczenie około 125 studentów medycyny i 15 studentów Politechniki. Senat akademicki, z którego inicjatywy Dom ten powstał, oddał zarząd domu Towarzystwu »Wzajemna Pomoc Medyków« z tem, że lwowska Akad. Centrala Samopomocowa wyznaczy każdocześnie jednego delegata do Komitetu zarządzającego. Budynek, własność gminy miasta Lwowa, przeznaczony był za b. czasów austr. na koszary. Wojsko polskie objęło go w stanie ruiny i na prośbę Senatu Akadem. zrezygnowało z niego na rzecz akcji mieszkaniowej dla akademików. Gmina odstąpiła budynek Senatowi akadem. Uniw. J. K. i Politechniki tymczasowo na lat 10. Koszt remontu budynku bez urządzenia wewnętrznego wyniósł 42 miljonów marek polskich. Urządzenie wewnętrzne bardzo niedostateczne, stanowi inwentarz prowizorycznych mieszkań akademickich i pochodzi z darów różnych Towarzystw humanitarnych. Dom posiada własną kuchnię, stołownię na 100 osób, czytelnię i łazienki. Pralnię i część gospodarczą umieszczono w nowo wybudowanym budynku, w podwórzu realności.

Grono Profesorów Wydziału lekarskiego, chcąc ułatwić młodzieży polskiej uciążliwe i kosztowne studjum medycyny, a z drugiej strony, chcąc utworzyć kapitał obrotowy dla Nowego Domu Akademickiego, ufundowało większą ilość stypendjów. Fundacje te zapewniają poszczególnym niezamożnym studentom mieszkanie z opałem, oświetleniem i wiktem. Subskrybowana dotychczas przez profesorów Wydziału lekarskiego na rok bieżący kwota dochodzi do półtora miljona marek polskich. Prócz tego Rada Wydziału lekarskiego uchwaliła jednomyślnie przeznaczyć na cel powyższy opłatę za kursa dla lekarzy. Opłaty te zasilą fundusz na rzecz młodzieży studjującej medycynę kwotą około 600.000 Mkp.

Do akcji na rzecz studentów medycyny Wydział lekarski zaprasza ogół społeczeństwa, i wszystkich Kolegów lekarzy którzy dotychczas nie mieli sposobności przystąpienia do niej, a którzyby chętnie chcieli ułatwić młodzieży naszej studjum medycyny.

Pierwszeństwo w otrzymaniu stypendjum jest zapewnione synom urzędników państwowych, lekarzy i wogóle inteligencji polskiej. Wszelkie zgłoszenia i po informacje należy zgłaszać się do Komisji Senatu Akademickiego Uniwers. Jana Kazimierza (Gmach Sejmowy), a kwoty na ten cel przeznaczone przekazywać na rachunek »Komisja Senatu Akad. Uniw. Jana Kazimierza dla spraw młodzieży« w Banku hipotecznym we Lwowie.

Powstanie Nowego Domu Akademickiego, w tak przykrych materjalnych stosunkach dla młodzieży studjującej, utworzenie fundacji stypendyjnej dla medyków, świadczy o niezmordowanej akcji pomocy na rzecz młodzieży studjującej ze strony Senatów akad. Uniwers. i Politechniki, a w szczególności ze strony Grona Profesorskiego Wydziału lekarskiego. Dom sam, którego rekonstrukcją i fundowaniem zajął się z ramienia Senatu Prof. Dr. Henryk Halban, pozostanie widomym znakiem tej nieustającej pomocy profesorów na rzecz studentów. Podziękę młodzieży za udzieloną dziś pomoc w studjach, będzie w przyszłości sumienna praca zawodowa dla społeczeństwa i Ojczyzny naszej.

Wzajemna Pomoc Medyków:

Aman, sekretarz. *Ottenbreit*, przewodniczący.

Od Redakcji. Otwieramy nowy dział w naszem piśmie, który zapewne Czytelnicy przyjmą z zadowoleniem. Mało lekarzy ma sposobność studjowania Dziennika Ustaw i innych publikacyj urzędowych, a stąd ogół bardzo niedokładnie jest poinformowany nawet o tych przepisach polskiego ustawodawstwa sanitarnego, które każdy lekarz znać powinien. Pragniemy ułatwić Czytelnikom nabycie tych wiadomości przez krótkie streszczenia najważniejszych postanowień ustawowych, pomijając drugorzędne szczegóły.

Współpracownictwo w tym dziale objął jeden z lekarzy urzędowych.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Zgromadzenie lekarzy w sprawie wyborów do Izby lekarskiej odbędzie się w sobotę dnia 28-go października o godzinie 6-tej wieczorem w lokalu Izby handlowej (Akademicka L. 29). Prezydent Izby Dr. *Papée.* m. p.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie. XXIX. Posiedzenie naukowe odbędzie się 3. listopada b. r. o godz. 6-tej wieczorem w **klinice chirurgicznej** (ul. Pijarów 4).

Pokazy z kliniki chorób skórnych i wenerycznych, chirurgicznej, wewnętrznej, dziecięcej i z zakładu anatomji patologicznej.

Kmietowicz sekretarz. *Franke* prezes.

Poznań.

Dr. Karol Jonscher (z Warszawy) został mianowany profesorem chorób dziecięcych w Uniwersytecie poznańskim.

Dr. Eugeniusz Piasecki, nadzwyczajny profesor higjeny i wychowania fizycznego na Wydziale lekarskim, został mianowany profesorem zwyczajnym.

Wilno.

Dr. Wacław Jasiński (z Lublina) został mianowany profesorem chorób dziecięcych w Uniwersytecie Stefana Batorego.

Warszawa.

Zarząd Główny Związku Lekarzy Państwa Polskiego prosi o zamieszczenie niniejszego komunikatu o swem posiedzeniu, odbytem w dniu 30. IX. rb. w Warszawie:

Na posiedzeniu Polskiego Zarządu Głównego w sprawie Małopolski uchwalono: »W wykonaniu uchwały Zwyczajnego Walnego Zgromadzenia z dnia 30. IV. rb. punkt 9. Zarząd Główny Związku Lekarzy PP. uchwalił na pełnem posiedzeniu Zarządu definitywnie przyjąć Związek Lekarzy Małopolski i Śląska Cieszyńskiego do Związku Lekarzy PP., jako Okręg Małopolski, obejmujący całą Małopolskę wraz ze Śląskiem Cieszyńskim, z siedzibą Zarządu Okręgu w Krakowie.

Prezes: *Dr. Orłowski*, sekretarz: *Dr. Zaorski.*

Ze świata.

Ciekawe zestawienie informacyjne z Rosji podaje »Wraczebnyj Żurnal« z 1922 r. Nr. 2—3, w sprawie istniejących wydziałów lekarskich, których w roku 1914 było 12, w r. 1919—21, w r. 1920—32, w r. 1922—25 wydziałów. Słuchaczy zapisanych na medycynę było w tym roku 31.009, wykładających profesorów 612, nauczycieli i asystentów 3.766, sił pomocniczych 3.986, personal administracyjny składa się z 5.316. Wszystkie kliniki razem posiadają 16.645 łóżek szpitalnych. Wydziały lekarskie są wogóle zmilitaryzowane (zwierzchnictwo nad niemi ma komisarz wojskowy). Rzecz ciekawa, że we wszystkich 3-ch wydziałach lekarskich w Moskwie zostały wprowadzone wykłady fizjoterapji, medycyny społecznej i psychologji medycyny. Obecnie noszą się z zamiarem ustalenia sześcioletniego studjum lekarskiego. Oprócz tego komisarjat zdrowia opracował stałe etaty wydziałów lekarskich i określił 65 letni wiek, jako ostateczny, dla wykładających profesorów.